

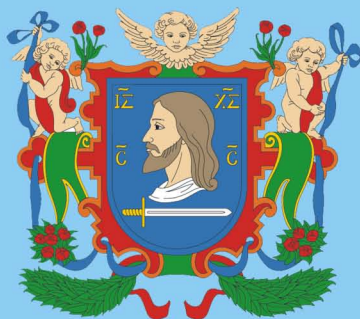
МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ

УО “ВИТЕБСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ”

БЕЛОРУССКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ХИРУРГОВ

БЕЛОРУССКОЕ
ОБЩЕСТВО
АНГИОЛОГОВ И
СОСУДИСТЫХ
ХИРУРГОВ

БЕЛОРУССКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
КАРДИОТОРАКАЛЬНЫХ
ХИРУРГОВ



*Витебск
11-12 ноября 2010 г.*

ХІV СЪЕЗД ХИРУРГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ**
(материалы съезда)



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ
БЕЛОРУССКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ
БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОТОРАКАЛЬНЫХ ХИРУРГОВ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

«
материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь

ВИТЕБСК, 2010

УДК 617-089:061.3 "XIV" (476)

ББК 617.0 (063)

А 43

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук А.Н. Косинец,

Заместитель редактора: доцент, к.м.н. С.А. Сушков,

Редакционный совет:

В.И. Аверин, С.А. Алексеев, В.П. Булавкин, А.В. Воробей, П.В. Гарелик, Ю.М. Гаин, Ю.Е. Демидчик, З.А. Дундаров, К.Н. Жандаров, Н.В. Завада, Г.Г. Кондратенко, С.И. Леонович, А.Н. Лызииков, В.М. Лобанков, Ю.П. Островский, В.И. Петухов, И.И. Пикиреня, О.О. Руммо, Г.П. Рычагов, М.Г. Сачек, С.М. Смотрин, В.В. Становенко, С.И. Третьяк, А.В. Фомин, Л.А. Фролов, Н.Г. Харкевич, Н.Г. Шебушев, В.Н. Шиленок, А.П. Шмаков, С.Н. Шнитко, А.Т. Щастный, В.А. Янушко.

А 43 Актуальные вопросы хирургии: материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь / под ред. А.Н. Косинца. - Витебск: ВГМУ, 2010 - 499 с.

ISBN 978-985-466-456-9

В сборнике представлены актуальные фундаментальные, клинические и прикладные работы как белорусских, так и ученых России, Украины, Молдовы, Турции, Германии, Польши, Литвы. Включены статьи ведущих специалистов и молодых ученых, посвященные теоретическим и экспериментальным исследованиям, что расширяет представления о возможностях хирургии, как междисциплинарной отрасли, использующей самые последние достижения медицины.

УДК 617-089:061.3 "XIV" (476)

ББК 617.0 (063)

©УО "Витебский государственный
медицинский университет", 2010

ISBN 978-985-466-456-9

ИСТОРИЯ ХИРУРГИИ

ГЕНИЙ РУССКОЙ ХИРУРГИИ 200 лет СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Н.И. ПИРОГОВА

*Косинец А.Н., Сушков С.А.,
г. Витебск, Республика Беларусь*



Николай Иванович Пирогов родился в 1810 году в Москве. Выбор будущей профессии Николай Иванович осуществил под влиянием Е.О. Мухина, который был близок с семьей Пироговых. В свое время Е.О. Мухин вылечил опасно больного брата Николая Ивановича. Это событие оставило след в душе будущего гения русской хирургии и пробудило интерес у него к изучению медицины. Е.О. Мухин посоветовал отдать Н.И. Пирогова в медицинский университет, а учитывая, что семья Пироговых разорилась, Николай Иванович пошел учиться на менее престижную специальность - хирургию. Поступил он на медицинский факультет Московского университета в четырнадцатилетнем возрасте. Н.И. Пирогов стал лучшим учеником Е.О. Мухина. Николай Иванович успешно окончил университет в 18 лет и при поддержке Е.О. Мухина выехал для дальнейшего обучения вначале в Дерпт, а затем в Германию, так как немецкая школа считалась в этот период самой сильной хирургической школой. После возвращения из заграничной командировки Н.И. Пирогов начал профессорскую деятельность в Дерптском университете, где проработал 6 лет.

В начальный период Н.И. Пирогов очень много времени уделял изучению анатомии. Он считал, что хирург должен серьезно заниматься анатомией, так как без знания строения человеческого тела хирургия не может развиваться. Впервые применив метод замораживания и распила трупов ("ледяная анатомия"), он изучил на срезах взаимоотношение органов в трех измерениях. Н.И. Пирогов исследовал анатомические предпосылки остановки кровотечения (топографию сосудов), разработал методы перевязки аорты, язычной артерии, внебрюшинный доступ к подвздошным сосудам.

Ему принадлежат уникальные работы: атлас "Топографическая анатомия, иллюстрированная разрезами, проведенными через замороженное тело человека в трёх направлениях", ставший незаменимым руководством для

врачей-хирургов, и "Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций". С этого момента хирурги получили возможность оперировать, нанося минимальные травмы больному. Этот атлас и предложенная Пироговым методика стали основой всего последующего развития оперативной хирургии

Благодаря работам Н.И. Пирогова была создана прикладная (топографическая) анатомия, а его исследования сосудов в этом направлении сыграли важную роль для разработки методов борьбы с кровотечением во время операции. Пирогов разработал ряд совершенно новых приёмов. Благодаря этому ему удавалось чаще, чем другим хирургам, избегать ампутаций конечностей. Один из таких приёмов до настоящего времени называется "операцией Пирогова".

В 1841 г. 31-летний Н. И. Пирогов, уже известный в мире хирург, получил приглашение в Петербургскую медико-хирургическую академию. Именно здесь проявился его многосторонний талант. Благодаря знаниям анатомии и хирургии он был виртуозом хирургической техники и прекрасным диагностом. Известен исторический факт установления точного диагноза раненому Гарибальди. До Н.И. Пирогова его консультировали знаменитые английские, французские, итальянские, немецкие (в том числе и Бильрот) хирурги и не могли установить правильный диагноз. Н.И. Пирогов без рентгенологического исследования определил наличие пули в пяточной кости. По его мнению, не менее важными для хирурга являются знания клинических проявлений заболевания. В работе "О трудностях хирургической диагностики и о счастье хирурга" Н.И. Пирогов писал: "Случай по-прежнему подкарауливает нас, по-прежнему достаточно ошибок в диагностике в зависимости от несовершенства знаний или от случайной причины, ослабившей внимание, - и роковой исход налицо".

Кроме создания прикладной анатомии, основой, определившей дальнейшее развитие хирургии, являлась разработка методов обезболивания, асептики и антисептики. Ни одну из этих проблем Н.И. Пирогов не обошел своим вниманием. В 1847 году он сообщил о своих экспериментальных работах по эфирному наркозу, спинальной анестезии, способах ректального, внутривенного и внутриартериального наркоза.

Будучи профессором Медико-хирургической академии, добровольцем отправился в действующую армию на Кавказ. Здесь же, в ауле Салты, Пирогов впервые в истории медицины начал оперировать раненых с эфирным обезболиванием в полевых условиях. Всего великий хирург провёл около 10 тыс. операций под эфирным наркозом. Там же он впервые применил перевязку бинтами, пропитанными крахмалом. Крахмальная перевязка оказалась удобнее и прочнее, чем применявшиеся раньше лубки.

В 1855 году, во время Крымской войны, Пирогов был главным хирургом осаждённого англо-французскими войсками Севастополя. Оперируя раненых, Пирогов впервые в истории мировой медицины применил гипсовую повязку, дав начало сберегательной тактике лечения ранений конечностей и избавив многих солдат и офицеров от ампутации. Во время осады Севастополя Пирогов

руководил обучением и работой сестер милосердия, которых готовил для ухода за больными. Это тоже было нововведение по тем временам.

Вообще вопросам оказания помощи раненым он уделял много внимания. Важнейшей заслугой Пирогова является внедрение в Севастополе совершенно нового подхода к организации оказания медицинской помощи. Метод этот заключается в том, что раненые подлежали тщательному отбору уже на первом перевязочном пункте; в зависимости от тяжести ранений одни из них подвергались немедленной операции в полевых условиях, тогда как другие, с более лёгкими ранениями, эвакуировались вглубь страны для лечения в стационарных военных госпиталях. Поэтому Пирогов по справедливости считается основоположником военно-полевой хирургии.

Принадлежащий ему классический труд "Начало общей военно-полевой хирургии" не утратил своего значения и до наших дней. В нем он обобщил весь свой опыт в военно-полевой хирургии и изложил основные принципы оказания помощи при боевых действиях: приближение медицинской помощи к полю боя; сортировка раненых; преемственность оказания помощи на этапах эвакуации; создание подвижных госпиталей.

Принципы организации помощи раненым, разработанные Н. И. Пироговым, стали основой для доктрины военно-полевой хирургии в Великую Отечественную войну 1941-1945 гг. Имея большой опыт работы в зоне военных действий, сталкиваясь с различными повреждениями, он изучил и описал клиническую картину травматического шока.

Важное историческое значение имеют его работы по асептике. Поняв, что "большая часть раненых умирает не столько от самих повреждений, сколько от внутригоспитального заражения", Н.И. Пирогов еще до опубликования Пастером своих работ высказал правильное мнение о "миазмах" как причине нагноения и пиемии. Он считал, что причиной гнойных послеоперационных осложнений является заразное начало ("миазмы"), которое передается от одного больного другому. Переносчиком "миазмов" может быть также медицинский персонал.

Практически предвосхитив исследования Листера и Земмельвейса, с 1865 года Н. И. Пирогов начал применять для лечения ран раствор хлорной извести, йодную настойку, азотнокислое серебро, а для обработки стен палат и коек-раствор железного купороса.

Не только практической хирургии Н.И. Пирогов посвятил свою жизнь. Он создал кафедру госпитальной хирургии, сформировав триединую систему изучения хирургии в высших учебных заведениях.

К сожалению, в 1856 г. Н.И. Пирогову очень рано, в возрасте всего лишь 46 лет, пришлось оставить занятия медицинской наукой. Из-за недоброжелательности в придворных кругах он был вынужден покинуть столицу и выехать на Украину. В течение нескольких лет Н.И. Пирогов работал попечителем учебных округов в Одессе и Киеве, а в 1861 г. ему пришлось выйти в отставку. В расцвете творческих сил Пирогов уединился в своём небольшом имении "Вишня" неподалёку от Винницы, где организовал бесплатную больницу. Он ненадолго выезжал оттуда только за границу, а также по приглашению Петербургского университета для чтения лекций. К этому времени Пирогов уже был членом нескольких

иностранных академий. Незадолго перед смертью ученый сделал ещё одно открытие - предложил совершенно новый способ бальзамирования умерших.

Основное значение всей деятельности Пирогова состоит в том, что своим самоотверженным и часто бескорыстным трудом он превратил хирургию в науку, вооружив врачей научно обоснованной методикой оперативного вмешательства. В истории отечественной хирургии известно много ярких личностей, которые определили своей деятельностью развитие этой отрасли медицины. Но, несомненно, Н.И. Пирогов занимает самое значимое место среди них.

Именно трудами Н. И. Пирогова сформирована русская хирургическая школа и заложен фундамент современной хирургии.

Умер Н.И. Пирогов в 1881 году.

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ В БЕЛАРУСИ

Гришин И.Н.

*ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
г. Минск, Республика Беларусь*

Особое экономическое положение Беларуси - с востока Россия, с запада Польша, естественно, влияло на все стороны развития белорусского народа. Это касалось медицины и, в частности, хирургии. В связи с этим, нами выделены 9 основных этапов развития хирургии, которые отражали общеисторические процессы формирования Беларуси как государства.

Первый этап. Хирургия древности на белорусских землях. Это период отработки эмпирически основных принципов оказания первой по сути хирургической помощи пострадавшим или больным. Оказывали ее знахари, цирюльники, владеющие особой наблюдательностью и опытом. При этом использовались примитивные методы и инструменты.

Второй этап. Хирургия в феодальный период. Он характеризуется тем, что врачевание становится и светским и церковно-монастырским. В монастырях открываются койки для лечения больных, особенно в крупных городах. Начинается процесс обучения. Раздел Польши и присоединение белорусских земель к России сыграло большое значение для перехода от частного вида лечения к государственному. Еще при Петре I организована первая школа для подготовки лекарей, а с 1798 года императором Павлом I открыта Петербургская медико-хирургическая академия. После этого во всех университетах были открыты медицинские факультеты. Большую роль в подготовке медицинских кадров для Беларуси сыграл Виленский университет. В нем получили образование будущие преподаватели и хирурги (Ф. Пекарский, М. Бурниновский, А. Савицкий, А.Р. Беренда, Н.Р. Левицкий, К.С. Забелло, К. Портянко). Именно ими были написаны многие монографии и учебники по хирургии. М. Гомлицкий (1791-1861) известен своими опытами по переливанию крови в эксперименте. Ф.М. Августович из Кривич издал первый учебник на белорусском языке по хирур-

гическим инструментам. В подготовке кадров для Беларуси большую роль играла Петербургская медико-хирургическая академия, в которой трудился Н.И. Пирогов. Его ученик Е.Б. Еше издал первую книгу по пластической хирургии. Учениками Е.Б. Еше стали С.К. Свентицкий (из Кобрина), Е.И. Богдановский (из под Мстиславля), В. Нафанова (из Чаус) - первая женщина из Российской империи, окончившая Петербургскую медико-хирургическую академию и ставшая профессором, А.Я. Красовский (из Слуцка) - генерал-академик и лейбхирург царской семьи. Многие хирурги из Беларуси участвовали в военных действиях в Крыму, а потом вернулись на родину. Большое влияние на формирование мировоззрения хирурга В.В. Пеликана оказал Н.И. Пирогов. Именно В.В. Пеликан в последующем возглавил Петербургскую медицинско-хирургическую академию (с 1851 года), а затем и весь императорский департамент медицинского образования. Ему принадлежит одна из первых работ по хирургическому лечению аневризм. Почти одновременно с Н.И. Пироговым в г. Витебске О.А. Адамович проводил исследования на животных по влиянию на организм эфирного наркоза, а в 1847 году в марте месяце Савич и Ляхович произвели первую операцию под наркозом.

Этот период богат организационными новшествами, установленными специальными царскими указами: вводятся должности уездных врачей и повивальных бабок, утверждаются врачебные управы, приказы общественного призрения, утверждаются должности главных хирургов, которые следят за качеством хирургической помощи.

Третий этап. Хирургия в земский период развития медицины. Достаточно сказать, что к этому времени были оформлены основные стандарты лечебных учреждений, единые проекты помещений, в которых предусматривалась определенная специализация коечного фонда. Все эти проекты были под контролем царской семьи. И хотя положение о земской медицине было принято ещё в 1868 году, процесс ее формирования на территории Беларуси по сравнению с другими губерниями России затянулся почти на 35 лет. Самым нижним звеном были участковые земские больницы, развернутые на 15-20 коек. В последующем они расширились до 50-100 коек и стали районными сельскими больницами. Многие врачи-хирурги стали образцом и совершенством в этой специальности (В.О. Морзон, А.С. Семенов). Городские, губернские земские больницы стали центрами развивающейся хирургии. На должности ведущих хирургов приглашаются врачи из различных губерний России. В Витебске хирургию возглавлял К.И. Гибенталь - уроженец Тверской губернии. Свою врачебную деятельность он начинал в Минске в должности оператора при Врачебной управе. Большую роль в развитии хирургии сыграл К.И. Грум-Гримальо - уроженец Могилева. В Минске активно работали Р.К. Яновский, Ф.К. Кудис, в Могилеве - В.И. Небытов, Л.А. Малиновский, А.М. Долгов, А.П. Терпутов, в Гомеле - Ф.В. Абрамович и др. В этот период развития хирургии на землях Беларуси была четко сформирована хирургическая служба.

Четвертый этап. Это время военных действий (первая мировая война, Октябрьская революция, Гражданская война). Этот период менее всего изучен.

Большинство хирургов выполняло свой долг в действующей армии.

Пятый этап. Восстановительный период, который затянулся до 1941 года. Первоочередной задачей этого периода была подготовка кадров и восстановление всего здравоохранения. Существенным явилась организация в 1918 году Белорусского народного (государственного) университета в Москве. В 1921 он вместе с ректором профессором В.И. Пичетом и кадрами (М.П. Соколовский, Е.В. Корчиц, С.М. Рубашов и др.) был переведен в Минск (БГУ). Уже в 1926-1927 годах на медицинском факультете подготовлены первые врачи хирурги (В.В. Бабук, И.М. Стельмашонок, А.И. Михельсон, Н.И. Бобрик и др.). Затем медицинский факультет был преобразован в Минский мединститут. В 1932 году был открыт Белорусский институт усовершенствования врачей, достигший своего расцвета в подготовке хирургических кадров в 70-е годы, когда возглавлял его ныне академик А.В. Рущкий. Подготовке врачебных кадров тогда уже в БССР помогло открытие в 1934 году Витебского мединститута. Были расширены и реформированы сельские районные больницы, введены в строй крупные городские больницы. В организацию хирургической помощи существенный вклад внесли специалисты из России. Но началась Великая Отечественная Война.

Шестой этап. Все хирурги включились в борьбу с общим врагом. Одни были в рядах действующей Красной Армии, другие участвовали в партизанском движении (Ю.Н. Мурашов, Г.А. Сырников, И.Т. Соловей и много других). Третьи ковали победу в тылу, возглавив многие госпитали. В 1944 в Ярославле ведущие специалисты восстановили деятельность Минского и Витебского медицинских институтов. Большая помощь в кадровом вопросе была оказана Российской Федерацией и другими Республиками Советского Союза.

Седьмой этап. Восстановление разрушенного войной хозяйства и конечно же хирургической службы: были разрушены помещения больниц, не работал водопровод, не было электрического света. Операции часто выполнялись под керосиновой лампой. Труд районных хирургов поистине являлся подвигом. Многие, пройдя эту школу, стали ведущими хирургами, специалистами высокого класса (Л.В. Авдей, Н.К. Войтенок, П.М. Казюкович, М.Г. Сачек, Г.П. Шорох, И.Н. Гришин, В.Н. Шиленок, Н.И. Батвенков, П.В. Гарелик, О.И. Дубровшик и др.). Такие, как Н.Н. Подгайский, М.А. Даниленко и многие другие всю свою жизнь посвятили выполнению своего долга районных хирургов. Возобновление функционирования Минского и Витебского мединститутов в 1946 году позволило активно включиться в подготовку кадров высшей квалификации. Большую роль в этом сыграли Н.Т. Петров, П.Н. Маслов, И.Б. Олешкевич, Н.Н. Александров, Т.Е. Гниларыбов, А.М. Болдин, Н.М. Янчур, А.С. Ровнов, Б.И. Клепацкий, Б. Гудимов, Б. Граков С.Л. Либов, О.П. Чудаков. Прямо после демобилизации в активную хирургию включились И.А. Петухов, Н.Е. Савченко. Большую роль в подготовке кадров сыграл А.В. Шотт. Главные хирурги республики и областей, институт которых введен был сразу после войны, играли большую роль в развитии хирургии.

Восьмой этап. Это период активной специализации в хирургических специальностях. Выделены в отдельные специальности анестезиология и реанимация, сердечно-сосудистая, микрососудистая, пластическая хирургия, нейрохирургия, онкология, колопроктология, эндоскопия, эндоваскулярная хирургия, трансплантология, хирургическая пульмонология, челюстно-лицевая хирургия. Оформились как новые направления в развитии хирургии - хирургическая гепатология, панкреатология, хирургия пищевода и желудка, хирургическая эндокринология, лазерная хирургия. Все это потребовало серьезной перестройки и оснащения, вложений больших материальных средств.

Девятый этап. Глубокая модернизация хирургической службы. Она могла быть осуществлена только благодаря активной позиции руководства Республики, ее Президента А.Г. Лукашенко, Совета Министров во главе с премьером С.С. Сидорским и вице-премьером профессором А.Н. Косинцем (2005 - 2008 гг.), а также благодаря вложению больших материальных средств. Этому способствовала также твердая и настойчивая позиция Министров здравоохранения Л.А. Постоляко, Д.И. Жарко, главных хирургов С.И. Леоновича, Н.В. Завады, М.Т. Воеводы, И.И. Пикерени. Произведена реконст-

рукция операционных блоков, оснащение их современным оборудованием, приобретена современная дорогостоящая диагностическая аппаратура. К этому времени произошла полная смена поколений руководящих кадров в ВУЗах, научно-практических центрах. Места руководителей заняло молодое поколение высококвалифицированных хирургов (С.И. Третьяк, А.В. Воробей, Н.В. Завада, С.С. Стебунов, В.Н. Подгайский, А.С. Артюшкевич, Н.Н. Чур, А.Н. Лызиков, С.А. Сушков, Г.П. Рычагов, С.А. Жидков, К.А. Жандаров, В.Н. Бордаков, С.М. Смотров, В.И. Петухов, Г.Г. Кондратенко и др.). Все это позволило выйти на передовые позиции в хирургии (трансплантация печени - О.О. Руммо, кардиохирургия и трансплантация сердца - Ю.П. Островский, эксплантация сердца - В.А. Янушко). Это говорит о правильно выбранных направлениях в развитии хирургии в Республике Беларусь, поставивших ее на современный уровень развития.

Литература:

1. Печета, В. И. История развития Белорусского народа / В. И. Печета. - Минск, 2003.
2. Стельмашонок, И. М. Очерки развития хирургии в Белоруссии / И. М. Стельмашонок. - Минск, 1973.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЭКСПЛАНТАЦИЙ ДОНОРСКОГО СЕРДЦА

Горбачев Е.В., Рубахов К.О.
РНПЦ "Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Принятие новой редакции "Закона о трансплантации" придало новый импульс развитию органного донорства. За последние два года в стране возросло количество операций по трансплантации почки, выполнены трансплантации печени и сердца.

Цель. Оценка клинического опыта заборов донорского сердца.

Материалы и методы. За период с февраля 2009 по июнь 2010 гг. в Беларуси выполнено 18 заборов сердец от трупных доноров. Из них 15 мужчин и 3 женщины в возрасте от 18 до 48 лет (средний возраст 32,5 года). Основными причинами смерти мозга явились черепно-мозговая травма 72 (%), разрыв аневризмы сосудов мозга 11 (%), геморрагический инсульт 11 (%). У двух доноров, с учетом возраста, выполнена коронарография. Сердце эксплантировали из срединной стернотомии по стандартной методике. В качестве кардиоплегического раствора использовался кустодиол в объеме 2 л.

Результаты и обсуждение. Среднее время кондиционирования донора составило 18 ч. Для кардиотонической поддержки у 9 доноров (50%) использовался левонор в дозировке 0,15-0,18 мкг/кг/мин., у 2 (11%) - дофамин 5-8 мкг/кг/мин. У четырех доноров по данным ЭКГ определялись ишемические изменения без увеличения уровня тропонина. При эхокардиографическом исследовании фракция выброса левого желудочка была 48-70%. В трех случаях (16,6%) выполнялся изолированный забор сердца, у остальных 15 (83,3%) осуществлен мультиорганый забор. Расстояние от места забора до центра трансплантации составило от 7 км до 350 км, при этом среднее время ишемии - $133,8 \pm 26,5$ мин.

Выводы. Главным лимитирующим фактором трансплантации является пригодность донорских органов. Для достижения успеха важное место занимает надлежащее кондиционирование донора, предшествующее эксплантации органов. Для детализации оценки результатов требуется накопление большего опыта с последующим его анализом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

Жигалкович А.С., Севрукевич В.И.,
Рубахов К.О., Островский Ю.П.
Республиканский научно-практический центр
"Кардиология",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. МА - самое частое нарушение ритма у кардиохирургических пациентов. У больных с митраль-

ным пороком, поступающих для оперативного лечения, МА имеет место у 80-94% [1]. Пациенты с ИБС в 8-12% случаев страдают МА [2]. Сохранение МА после кардиохирургических вмешательств связано с повышенной летальностью, инвалидизацией и снижением качества жизни пациентов [3].

Цель. Целью работы являлись разработка и внедрение методик хирургического лечения МА на открытом сердце с применением радиочастотной абляции (РЧА) при одномоментном проведении клапанной коррекции или аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Оперировано 20 пациентов (8 мужчин и 12 женщин, средний возраст $51 \pm 5,1$ лет), страдающих ревматическим пороком сердца ($n=15$) и ИБС ($n=3$). Все пациенты имели постоянную форму МА (у 16 пациентов имелась фибрилляция предсердий (ФП), у 4-х правильная форма трепетания предсердий (ТП)). Средняя продолжительность аритмии 26 ± 16 месяцев. РЧА выполнялась радиочастотным генератором Cardioblade Medtronic с использованием моно- и биполярных аблатирующих электродов. Выполнены следующие виды РЧА: монополярная абляция по схеме "лабиринт-3" у 12 пациентов, биполярная абляция у 4-х пациентов и абляция истмуса правого предсердия у 4-х. Одномоментно проведены: аортальное протезирование - 3, митральное протезирование - 17, пластика трикуспидального клапана - 17, АКШ - 3.

Результаты и обсуждение. В постперфузионном периоде у всех 4 пациентов с трепетанием предсердий восстановлен регулярный ритм (синусовый ритм - 3, узловой - 1). У пациентов с фибрилляцией предсердий у 14 (87,5%) получен регулярный ритм (СР - 8, узловой или предсердный - 6), у 2-х пациентов - ритм ЭКС при отсутствии на ЭКГ признаков суправентрикулярного ритма. В госпитальном периоде пароксизмы МА наблюдались у 6 (37,5%) пациентов, у 3-х пациентов ритм восстановился на фоне приема антиаритмических препаратов (кордарон, соталекс), у 2-х пациентов проведена ЭИТ. На момент выписки: у пациентов с трепетанием предсердий СР сохранился у 4-х (100%), у пациентов с ФП - регулярный ритм у 13 (81%, 11 - СР и 2 - узловой), МА - 3 (19%, ФП - 2, ТП - 1). Имплантация постоянного ЭКС была необходима у 2-х пациентов (12,5%). Летальность 0%. Осложнений, связанных с проведением РЧА, не отмечено. Определено более частое развитие посткардиотомного синдрома у данной категории пациентов, что требует приема нестероидных и депо-стероидов в первые 3-5 суток после операции.

Выводы. Проведение радиочастотной фрагментации предсердий по схеме "лабиринт-3" с использованием орошаемой моно- и биполярной абляции на открытом сердце является эффективной процедурой, позволяющей устранить МА в большинстве случаев (81% в госпитальном периоде). В дальнейшем планируется изучение отдаленных результатов и сравнение с контрольной группой пациентов с МА, перенесших операцию на открытом сердце без сопутствующей РЧА.

Литература:

1. Жигалкович, А. С. Первый опыт проведения процедуры MAZE III с использованием микроволновой абляции у больных с хронической ревматической болезнью и постоянной мерцательной аритмией // *Анналы аритмологии*. - 2005. - № 2. - Прил.: Материалы I Всерос. съезда аритмологов, 16-18 июня 2005 г. - № 611. - 184 с.

2. Quader, M. A. Does preoperative atrial fibrillation reduce survival after coronary artery bypass grafting? / M. A. Quader // *Ann. Thorac. Surg.* - 2004. - Vol. 77. - P. 1514-1522.

3. Khargi, K. Surgical treatment of atrial fibrillation: a systematic review / K. Khargi // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* - 2005. - Vol. 27. - P. 65.

МИНИИНВАЗИВНАЯ КЛАПАННАЯ КОРРЕКЦИЯ - ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Зеньков А.А.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
УЗ "Витебская областная клиническая больница",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. В результате активного развития кардиохирургических технологий на первое место в ведущих клиниках выступает проблема минимизации операционной травмы кардиохирургического вмешательства, уменьшение сроков послеоперационной реабилитации, частоты инфекционных осложнений и достижение максимального косметического эффекта [1]. На этом фоне разработка новых малоинвазивных технологий приобретает всё большую актуальность. Совершенствование хирургической техники привело к появлению серии миниинвазивных доступов: J- и Z-образная стернотомии, нижняя и верхняя перевёрнутая T-образная стернотомия, частичная стернотомия в нижней половине грудины. Надо отметить, что единого мнения по поводу применения миниинвазивной техники в реконструктивной хирургии пороков сердца еще нет [2, 3].

Цель. Целью работы явилась оценка результатов первого опыта и определение целесообразности использования J-образной верхней министернотомии для хирургической коррекции аортального и митрального пороков сердца.

Материал и методы. С января по май 2010 года в отделении кардиохирургии УЗ "ВОКБ" оперирован 21 пациент с пороками сердца посредством J-образной верхней министернотомии. 14 больных страдали пороком аортального клапана и 7 - митральным пороком. Возраст пациентов составил от 42 до 64 лет (средний возраст 55 лет), группу составили 19 (90,5%) мужчин и 2 (9,5%) женщины. По причине порока было следующее распределение: ХРБС - 9 больных (42,9%), дегенеративный порок - 7 (33,3%), инфекционный эндокардит - 5 (23,8%). 1 больной оперирован повторно через 12 лет после митральной комиссуротомии. 10 (47,6%) пациентов имели низкий риск по Euroscore, 8 (38,1%) - средний и 3 (14,3%) - высокий риск. Контрольную группу составили пациенты (n=40) с пороками аортального или митраль-

ного клапанов, коррекция которых производилась через полную срединную стернотомию в 2009-2010 гг. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, степени операционного риска по Euroscore. Техника операции: выполнялась J-образная верхняя министернотомия с выходом в четвёртое межреберье справа. Подключался АИК по схеме: ушко правого предсердия (двухступенчатая венозная канюля) - восходящая аорта. Дренаж левого желудочка осуществлялся через правую верхнюю легочную вену. Доступ к аортальному клапану осуществлялся посредством косопоперечной аортотомии и доступ к митральному клапану - через крышу левого предсердия. Затем выполнялась коррекция клапанного порока. Традиционный протокол профилактики воздушной эмболии с массажем сердца детскими ложками для дефибрилляции после ушивания аорты и левого предсердия. Для стабилизации верхней апертуры грудной клетки накладывались два Z-образных проволочных шва на рану грудины.

Результаты и обсуждение. Госпитальная летальность отсутствовала. Все пациенты выписаны из отделения кардиохирургии в среднем через 12 суток после операции с первичным заживлением раны. Конверсий к полной стернотомии не было. Длительность операции, ИК, пережатия аорты, количество дефибрилляций при восстановлении сердечного ритма и интраоперационная кровопотеря достоверно не отличались в обеих группах больных. В группе больных с миниинвазивной коррекцией порока достоверно ниже были значения послеоперационной кровопотери, длительность ИВЛ, длительность пребывания в стационаре, количество легочных и раневых осложнений, количество применяемых анальгетиков и длительность обезболивания. Наблюдалась также более активная реабилитация пациентов и хороший косметический эффект.

Выводы. Применение J-образной верхней министернотомии для коррекции пороков митрального (через крышу левого предсердия) и аортального клапанов уменьшает хирургическую травму, вероятность диастаза грудины, развития гнойно-воспалительных осложнений и нарушения дыхательной функции. Данные преимущества приводят к сокращению сроков пребывания пациентов в стационаре, сроков реабилитации и, как следствие этого, снижению общей стоимости лечения. Доступ имеет удовлетворительные топографо-анатомические характеристики. Возможно выполнение повторных операций на сердце, так как отсутствует необходимость в широком кардиолизе, что снижает длительность операции и кровопотерю.

Литература:

1. Островский, Ю. П. Хирургия сердца / Ю. П. Островский. - М.: Мед. лит., 2007. - 576 с.: ил.

2. Минимально инвазивная хирургия сердца / под ред. Л. А. Бокерия. - 1998. - 92 с.: ил.

3. Utley, J. R. Comparison of outcomes with three atrial incisions for mitral valve operations: right lateral, superior septal and transseptal / J. R. Utley, S. A. Leyland // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* - 1995. - Vol. 109. - P. 582.

СПОСОБ МИНИИНВАЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА

Зеньков А.А.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",

УЗ "Витебская областная клиническая больница",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время большинство хирургов при выполнении операций на клапанном аппарате используют тотальную срединную стернотомию, что обеспечивает максимальную визуализацию сердца. При таком доступе в 1,0-3,9% случаев развивается нестабильность грудины, в 1,5-5,8% - гнойно-воспалительные осложнения. Также имеются определенные ограничения в реабилитации больных и сомнительный косметический эффект. На этом фоне разработка новых малоинвазивных технологий приобретает всё большую актуальность [1,2,3]. Имеются сообщения об одновременной коррекции митрального и аортального пороков, выполненной с применением миниинвазивной техники. Однако эти случаи были сопряжены с использованием торакотомии, субтотальной срединной V-образной стернотомии, а также применением дорогостоящих систем port-access с дополнительными бедренными доступами.

Цель. Разработать универсальный способ одномоментной миниинвазивной коррекции сочетанного митрально-аортального порока сердца.

Материал и методы. В отделении кардиохирургии УЗ "ВОКБ" в 1 квартале 2010 года оперировано 2 пациента с сочетанным митрально-аортальным пороком сердца с применением одномоментной миниинвазивной коррекции. Пациент С., мужчина 1980 г.р. Диагноз: первичный инфекционный эндокардит с вегетациями на митральном и аортальном клапанах. Перфорация створок аортального клапана и разрыв хорд митрального клапана. Активная фаза. Недостаточность митрального клапана тяжёлой степени. Н2а-б. NYHA 3. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Euroscore 5 баллов. Пациент К., мужчина 1948 г.р. Дегенеративный порок аортального клапана. Критический стеноз. Недостаточность 4 ст. Стеноз и недостаточность митрального клапана. Состояние после перенесенного инфекционного эндокардита в 2005 году. Н2а-б. NYHA 3. Euroscore 3 балла.

Техника операции: выполнялась J-образная верхняя министернотомия с выходом в четвёртое межреберье справа. Подключался АИК по схеме: ушко правого предсердия (двухступенчатая венозная канюля) - восходящая аорта. Дренаж левого желудочка осуществлялся через правую верхнюю легочную вену. Доступ к аортальному клапану осуществлялся посредством косопоперечной аортотомии и доступ к митральному клапану - через крышу левого предсердия. Затем выполнялась коррекция митрального и аортального порока. У больного С. выполнено митрально-аортальное протезирование протезами "Планикс-Т" МДМ-29 и "Планикс-Т" АДМ-23, у больного

К. выполнено митрально-аортальное протезирование протезами "Планикс-Т" МДМ-29 и "Планикс-Т" АДМ-25. Традиционный протокол профилактики воздушной эмболии с массажем сердца детскими ложками для дефибрилляции после ушивания аорты и левого предсердия. В обоих случаях сердечная деятельность восстановилась самостоятельно. Для стабилизации верхней апертуры грудной клетки наложены два Z-образных проволочных шва на рану грудины. Дренажирование средостения и полости перикарда неприсасывающимися дренажами.

Результаты и обсуждение. Длительность операций у больных С. и К. составила соответственно 4 ч. 00 мин. и 4 ч. 47 мин., ИК - 135 мин. и 127 мин., пережатия аорты - 117 мин. и 109 мин., дефибрилляция при восстановлении сердечного ритма не выполнялась. Послеоперационная кровопотеря составила 350 и 370 мл, длительность ИВЛ - 8 ч. 35 мин. и 10 ч. 15 мин., длительность обезболивания внутримышечным введением трамадола - 2 и 3 суток, длительность пребывания в стационаре - 9 и 11 суток, соответственно. Легочных и раневых осложнений не наблюдалось.

Выводы. Предложенный способ одномоментной миниинвазивной коррекции сочетанного митрально-аортального порока сердца уменьшает хирургическую травму, вероятность диастаза грудины, развития гнойно-воспалительных осложнений и нарушения дыхательной функции. Доступ имеет удовлетворительные топографо-анатомические характеристики. Способ не требует инвазии в плевральную полость, использования дорогостоящих видеосистем, port-access и дополнительных бедренных доступов.

Литература:

1. Ali, I. M. Subtotal median sternotomy for heart surgery / I. M. Ali // Eur. J. Cardiothorac. Surg. - 2000. - Vol. 17. - P. 255-258.
2. Arom, K. V. Evaluation of two new heart valve surgery techniques: Partial sternotomy and port-access approaches / K. V. Arom // Eur. J. Cardiothorac. Surg. - 1999. - Vol. 16. - Suppl. 1. - P. 99-102.
3. Bishry, El-Dine El. Mini anterolateral thoracotomy for double valve replacement / El-Dine El-Bishry // Heart surgery forum. - 2001. - Vol. 4. - Suppl. 2. - P. 98.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА МЕТОДОМ OPCABG FULL ARTERIAL NO TOUCH AORTA

Зеньков А.А., Выхристенко К.С.,

Тимкин И.С., Конопелько О.В.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",

УЗ "Витебская областная клиническая больница",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Важными причинами развития осложнений при коронарном шунтировании (КШ)

являются использование искусственного кровообращения (ИК), а также манипуляции с аортой при ее пережатии и наложении проксимальных анастомозов. КШ на работающем сердце дает больным ИБС определенные преимущества по сравнению с операцией в условиях ИК [1,2]. Имеются также данные о хороших результатах операций без затрагивания аорты - no touch technique [3]. Однако осторожность большинства хирургов относительно полноты реваскуляризации миокарда, показателей объемной скорости кровотока по вновь созданной артериальной сети сердца, а также самих off-pump технологий приводят к весьма ограниченному использованию данного метода.

Цель. Оценка результатов полной артериальной реваскуляризации миокарда на работающем сердце без затрагивания аорты в сроки до 6 месяцев после операции.

Материал и методы. В отделении кардиохирургии УЗ "ВОКБ" с ноября 2009 года по май 2010 года оперировано 52 больных ИБС по методике off-pump, 18 из них - по методике OPCABG full arterial no touch aorta. Среди них было 17 мужчин и 1 женщина. Возраст пациентов составил от 45 до 67 лет (средний возраст 59 лет). Постинфарктный кардиосклероз был у 11 (61,1%) больных, артериальная гипертензия у всех 100% больных, СД у 5 (27,8%) больных, ожирение у 3 (16,7%) больных. У 7 (38,9%) больных был 2 ФК стенокардии, у 11 (61,1%) - 3-4 ФК. 2 больных оперированы в остром периоде ИМ. 10 (55,6%) пациентов имели низкий риск по Euroscore, 7 (38,9%) - средний и 1 (5,5%) - высокий риск. Среднее количество шунтируемых артерий - 2,83. Всем больным на работающем сердце с использованием систем стабилизации и позиционирования фирмы "Medtronic" выполнено КШ LIMA-LAD и комpositно a.radialis - LIMA или RIMA - LIMA. При этом шунтирование a.radialis - CX - PDA секвенциально выполнено у 5 (27,7%) больных, a.radialis - OM - CX у 3 (16,7%) больных, a.radialis - OM - PDA у 3 (16,7%) больных, a.radialis - OM у 1 (5,6%) больного, a.radialis - CX у 1 (5,6%) больных, a.radialis - PDA у 1 (5,6%) больных, RIMA - CX - PDA у 2 (11,1%) больного, a.radialis - IA - PDA у 2 (11,1%) больных. Одному больному с генерализованным атеросклерозом одновременно выполнена ангиопластика и стентирование обеих подвздошных артерий и левой внутренней сонной артерии по поводу критического симптомного стеноза.

Результаты и обсуждение. При интраоперационной флоуметрии аппаратом Medistim ASA Veri-Q (Норвегия) после завершения реконструкции и стабильной гемодинамике (АД сист 100-120 мм рт. ст.) выполнялось измерение объемной скорости кровотока (Q) и пульсового индекса (PI) во всех сегментах артериальных шунтов. В проксимальном сегменте LIMA Q_{ср} составила 78±11 мл/мин, в дистальном сегменте LIMA - 34±6 мл/мин. В проксимальном сегменте a.radialis после отхождения от LIMA ОСК составила 45±9 мл/мин, в дистальном сегменте после X-анастомоза с OM или CX 24±5мл/мин. При этом во всех сегментах PI составил 1,1-2,8. У 5 больных в дистальном отделе LIMA или a.radialis наблюдались явления конкурирующего кровотока.

Летальных случаев не было. Средняя длительность лечения составила 14 суток. При выписке больных из стационара стенокардии не отмечалось. В сроки до 6 месяцев 7 больным выполнена контрольная велоэр-

гометрия (ВЭМ) без выявления признаков ишемии миокарда.

Выводы. Методика OPCABG full arterial no touch aorta может быть успешно применена у больных с многососудистым поражением коронарных артерий. В сроки до 6 месяцев, по данным ВЭМ, у исследованной группы пациентов признаков ишемии миокарда не выявлено. Технология позволяет выполнить полную артериальную реваскуляризацию преимущественно левого желудочка, при этом off-pump и no touch aorta technique минимизирует операционную травму.

Литература:

1. Бокерия, Л. А. Аорткоронарное шунтирование на работающем сердце / Л. А. Бокерия, В. М. Авалиани, В. Ю. Мерзляков. - М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. - 490 с.
2. El-Hamamsy, Ismail. Long-Term Results After Systematic Off-Pump Coronary Artery Bypass Graft Surgery in 1000 Consecutive Patients / Ismail El-Hamamsy // Circulation. - 2006. - Vol. 114. - P. 486-491.
3. Sergeant, P. The challenge of departmental quality control in the reengineering towards off-pump CABG / P. Sergeant // Eur. J. Cardiothorac. Surg. - 2001. - Vol. 20. - P. 538-543.

ПРЕДИКТОРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КАРДИОХИРУРГИИ

Лавочкин В.В., Лызинов А.А.
УО "Гомельский государственный медицинский университет", Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Госпитальные инфекции остаются наиболее частыми осложнениями у госпитализированных больных. В США они стоят на четвертом месте в ряду причин смерти после болезней сердечно - сосудистой системы, злокачественных опухолей, инсультов.[1]

Инфекционные осложнения оказывают неблагоприятное влияние на течение и исход заболевания, существенно ухудшают результаты хирургического вмешательства, являются дополнительной значимой статьей расходов для стационара.

Цель. Анализ предрасполагающих факторов в развитии медиастинита у пациентов кардиохирургического профиля.

Материал и методы. Проведен анализ 114 медицинских карт стационарных больных за период с 1998г. по декабрь 2010г., оперированных в отделении кардиохирургии Гомельского областного клинического кардиологического диспансера в условиях искусственного кровообращения (ИК) по поводу приобретенных пороков и ишемической болезни сердца.

Учитывались возможные предрасполагающие факторы в развитии медиастинита такие как, пол, возраст, вид оперативного вмешательства, сопутствующие заболевания (ожирение, сахарный диабет, ХОБЛ, послеоперационное кровотечение). Диагноз "медиастинит" ставился на основании клинических данных. Диагностическими критериями являлись: повышение температуры тела, боли в области стернотомной раны,

патологическая подвижность грудины, гиперемия, инфильтрация и отделяемое из стернотомной раны.

Пациенты разделены на две группы: без инфекционных осложнений 57(50%) и с инфекционными осложнениями (медиастинит) 57(50%).

Использовали непараметрические методы статистического анализа, такие как критерий χ^2 и точный критерий Фишера (в зависимости от величины исходных данных).

Результаты и обсуждение. Первая группа: мужчины 45 (79%), средний возраст 54,7±7,2 года. Женщины 12 (21%), средний возраст 54,9±5,4 года. В зависимости от возраста пациенты разделены на следующие группы: 30-40 лет - 3(5%), 40-50 лет - 14(25%), 50-60 лет - 31(54%), 60-70 лет - 12(20%). Пациенты перенесли: аортокоронарное шунтирование - 40(70%), клапанную коррекцию - 13(22%), комбинированное оперативное вмешательство - 5(8%). Сопутствующие заболевания имели 20 (35%) пациентов. Из них у 11 (19%) отмечалось ожирение, у 6 (10%) сахарный диабет, у 3 (5%) пациентов ХОБЛ, послеоперационного кровотечения не отмечено.

Вторая группа: мужчины 44 (77%), средний возраст 55,6±6,9 лет. Женщины 13 (23%), средний возраст 55,9±8,7 лет. В зависимости от возраста пациенты разделились на следующие группы: 30-40 лет - 1(2%), 40-50 лет - 11(21%), 50-60 лет - 27(47%), 60-70 лет - 17(30%). Пациенты перенесли следующие виды оперативных вмешательств: аортокоронарное шунтирование - 33(58%), клапанную коррекцию - 17(30%), комбинированное оперативное вмешательство - 7(12%), рестернотомию, остановку кровотечения в раннем послеоперационном периоде перенесли 2(3,5%) пациентов.

Сопутствующие заболевания имели 28 (49%) пациентов. Из них у 12 (21%) отмечалось ожирение, у 5 (9%) сахарный диабет, у 9 (15,5%) пациентов ХОБЛ.

Выводы. Инфекционные осложнения со стороны стернотомной раны и развитие медиастинита чаще возникали при наличии сопутствующих заболеваний дыхательной системы (ХОБЛ) - 15,5% больных в группе с инфекционными осложнениями против 5% в группе без осложнений (критерий Фишера 0,024). Это диктует необходимость дифференцированного подхода к респираторной поддержке таких больных как интраоперационно, так и в раннем послеоперационном периоде.

Литература:

1. Белобородова, Н. В. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия / Н. В. Белобородова, Д. А. Попов, Е. Н. Бачинская. - 2004. - № 4. - С. 55.

2. Белов, В. А. Патология кровообращения и кардиохирургия / В. А. Белов. - 2005. - № 2. - С. 16.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАЗВИТИИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Лавочкин В.В., Лызилов А.А.

УО "Гомельский государственный медицинский университет",

г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Среди инфекционных осложнений у пациентов кардиохирургического профиля наиболее часто встречаются: инфекция в области хирургического вмешательства (ИОХВ) - 0,7 - 10%, инфекция мочевыводящих путей (ИМП)-2,1-7,9%, нозокомиальная пневмония - 1 - 6,5%, сепсис-2,3%, медиастинит-1,5-5,8% [1].

Лечение медиастинита окончательно не разработано и летальность при медиастинитах достигает от 3,5 до 58,3% [2].

Цель. Анализ микробной флоры и чувствительности к антибиотикам, определение тактики хирургического лечения.

Материалы и методы. В Гомельском областном клиническом кардиологическом диспансере с мая 1998 по январь 2010г. выполнено 1649 операций в условиях искусственного кровообращения (ИК) по поводу приобретенных пороков и ишемической болезни сердца. В послеоперационном периоде медиастинит развился у 57 (3,5%) пациентов (мужчины 44 (77%), женщины 13 (23%).

Результаты и обсуждение. Медиастинит развился после следующих видов оперативных вмешательств: АКШ 33(58%), протезирование клапанов сердца 17(30%), комбинированное оперативное вмешательство - 7(12%).

Все пациенты оперированы. У всех пациентов применялся закрытый метод - 57 (100%). Рестернотомия, кюретаж грудины, некрэктомия, промывание перикарда и средостения раствором антисептика (бетадином), дренирование средостения (перикарда), ушивание грудины, послойное ушивание стернотомной раны с дренированием до 7-10 сут. Антибиотикотерапия. Летальный исход 1 (1,7%). Интраоперационно у всех пациентов бралось отделяемое из раны на посев и чувствительность к антибиотикам.

Всего высеяно 17 (29,8%) посевов, стерильных посевов 40 (70,2%). В структуре посевов была выделена следующая микрофлора: эпидермальный стафилококк - 53%; сапрофитный стафилококк - 12%; золотистый стафилококк - 11%; кишечная палочка, энтеробактер, псевдомонас, стрептококк вириданс по 6% соответственно.

Оценивалась чувствительность к антибиотикам. К ципрофлоксацину микробная флора была чувствительна в 47%, к ванкомицину - 35%, к цефатоксиму - 12%, к имепенему в 6% случаев. Длительность стационарного лечения зависела от сроков рестернотомии, дренирования средостения. В случае выполнения в ранние сроки до 10 сут., длительность стационарного лечения не превышала 30 дней. При выполнении рестернотомии, дренирования средостения свыше 10 сут. длительность стационарного лечения резко возрастает и превышает 30-40 дней.

Выводы.

1. Поскольку в большинстве случаев (53%) определялся *staph.epidermidis*, то имеет смысл назначать эмпирическую антибиотикотерапию этого возбудителя.

2. 70% посевов были стерильны, что делает необходимым применение высокочувствительных методов (ПЦР) для ранней диагностики инфекции.

3. В посевах преобладает условно патогенная микрофлора (эпидермальный стафилококк, золотистый стафилококк, сапрофитный стафилококк, кишечная палочка) - грам+, грам- флора, чувствительная к фторхинолонам (ципрофлоксацин), гликопептидам (ванкомицин)

4. Адекватным методом лечения является - закрытый (санация, дренирование переднего средостения с оставлением дренажа до 7-10сут, рациональная антибиотикотерапия).

5. Раннее оперативное лечение медиастинита значительно уменьшает сроки пребывания пациента в стационаре и снижает материальные затраты.

Литература:

1. Белобородова, Н. В. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия / Н. В. Белобородова, Д. А. Попов, Е. Н. Бачинская. - 2004. - № 4. - 55 с.

2. Островский, Ю. П. Хирургия сердца / Ю. П. Островский. - 2007. - 144 с.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Наготко И.В., Васильчук Л.Ф., Кардис А.И.,
Гнядо Ю.В., Черний В.А., Полудень Д.И.,
Курник В.И., Юцевич Д.Г., Семенов Р.Ю.,
УЗ "Областная клиническая больница",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время доказана основная причина возникновения инфаркта миокарда: тромботическая окклюзия и прекращение кровотока в пораженной атеросклерозом коронарной артерии. Одной из основных стратегических целей лечения больных инфарктом миокарда является ранняя реперфузия миокарда или коронарная реваскуляризация, а также предотвращение дальнейшего тромбообразования. Организационные мероприятия по консервативному лечению острого инфаркта миокарда, проводимые в нашей стране с 80-х годов прошлого столетия, достигли своего предела по снижению летальности и развитию осложнений при этой патологии. Дальнейшее развитие связано с широким внедрением в клиническую практику методов интервенционной реваскуляризации миокарда при остром коронарном синдроме [1].

Цель. Целью работы явился анализ результатов эндоваскулярной коронарной реваскуляризации при остром коронарном синдроме.

Материал и методы. За период с 2009 по 2010 годы в отделении рентгенэндоваскулярной хирургии Гродненской областной клинической больницы выполнено 27 коронароангиографий при остром коронарном синдроме.

Пациенты были направлены в сроки от 1 до 7 суток с момента возникновения болевого синдрома. Диагноз инфаркта миокарда был выставлен на основании клинической картины, данных ЭКГ, положительных тестах биохимического анализа крови. В 3 случаях гемодинамически значимого поражения коронарных артерий выявлено не было. В 4 случаях была выявлена тромботическая окклюзия 2 сегмента правой коронарной артерии. В 5 случаях - тромботическая окклюзия второго сегмента огибающей ветви левой коронарной артерии. В 8 случаях диагностирована тромботическая окклюзия проксимальных отделов передней межжелудочковой артерии. В 7 случаях причиной развития острого коронарного синдрома явилась нестабильная атеросклеротическая бляшка, вызывающая гемодинамически значимый стеноз 2 сегмента передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии.

Во всех случаях коронарная интервенция выполнялась только в инфаркт-связанной артерии. При выявлении тромботической окклюзии выполнялась механическая реканализация пораженного сегмента со стентированием. В случае визуализации гемодинамически значимого стеноза на фоне нестабильной атеросклеротической бляшки выполняли прямое стентирование пораженного сегмента коронарной артерии. Для интраоперационной профилактики и лечения нарушений ритма сердца применяли временную эндокардиальную желудочковую электрокардиостимуляцию в режиме VVI. Эффективность эндоваскулярного вмешательства оценивалась данными ангиографии, электрокардиографии, а также клинической картины.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях достигнут оптимальный ангиографический результат. В случае тромботической окклюзии получено полное восстановление кровотока по магистральным коронарным артериям. При выполнении прямого стентирования резидуальный стеноз составил 10 - 17 % по площади. Клинически отмечалось купирование болевого синдрома, стабилизация гемодинамики, восстановление сердечного ритма. Непосредственно после окончания эндоваскулярной процедуры исчезали ишемические изменения на ЭКГ. В одном случае развилось интраоперационное осложнение в виде фибрилляции желудочков, которое было купировано электроимпульсной терапией. Послеоперационных осложнений не было.

Выводы. Совершенствование алгоритмов оказания специализированной медицинской помощи в сочетании с целевым финансированием дорогостоящих высокотехнологичных методов лечения больных с острыми расстройствами коронарного кровообращения позволяет радикально увеличить доступность эффективной помощи населению, направленной на снижение смертности от коронарной патологии.

Литература:

1. Жернаков, С. В. Интервенционная реваскуляризация миокарда при ОИМ / С. В. Жернаков, Х. А. Бацигов // Междунар. журн. интервенцион. кардиоангиологии. - 2009. - № 19. - С. 25.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АСИММЕТРИЧНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Островский Ю.П., Шкет А.П., Спиридонов С.В.,
ГУ "Республиканский научно-практический
центр "Кардиология",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Лечение больных асимметричной гипертрофической кардиомиопатией.

Цель. Целью работы явилось оценка хирургического лечения больных асимметричной гипертрофической кардиомиопатией.

Материал и методы. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) - аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся гипертрофией стенки левого и/или изредка правого желудочка. С декабря 2007 года по апрель 2010 года в РНПЦ "Кардиология" хирургическому лечению подверглись 15 больных ГКМП с обструкцией выходного тракта левого желудочка (ВТЛЖ). Показанием к проведению хирургического лечения явилось отсутствие клинического эффекта от активной медикаментозной терапии симптоматичным больным, градиент в выходном тракте левого желудочка в покое или после проведения нагрузочных проб равный 50 мм рт. ст. и более. Наиболее распространенными симптомами у данной группы больных были: одышка у 100% больных, синдром стенокардии у 66,7%, 46,7% пациентов жаловались на частые головокружения и 26,7% больных имели один или более эпизодов потери сознания. Дооперационная диагностика включала клинический осмотр, электрокардиографию, трансторакальную эхокардиографию, селективную коронарографию, общеклинические методы исследования, суточное мониторирование ЭКГ, велоэргометрическую пробу. Преоперационное трансторакальное ЭхоКГ-исследование выявило, что толщина миокарда на уровне базальных отделов составила в среднем $20,1 \pm 4,5$ мм. Величина среднего пикового систолического градиента в ВТЛЖ в покое составила $75,6 \pm 17,0$ мм рт. ст. (min 51 мм рт. ст. и max 100 мм рт. ст.), диаметр выходного тракта левого желудочка $20,6 \pm 3,3$ мм. У 8 пациентов (53,3%) было выявлено систолическое движение передней створки митрального клапана.

Операционное пособие данному контингенту больных заключалось в иссечении выходного тракта левого желудочка через аортотомический разрез (93,3%), лишь у одного пациента (6,7%) участок ВТЛЖ иссекался через створки митрального клапана. Иссечение гипертрофированной межжелудочковой перегородки в с/з выполнялось в 2-х случаях, а мобилизация папиллярных мышц - в 3 случае. Кроме данных процедур операция дополнялась протезированием митрального клапана в 5 случаях и пластикой митрального клапана еще в 6 случаях. Пликация передней створки митрального клапана производилась у одного пациента. Пластика аортального клапана выполнялась у одного больного, а у четырех больных - протезирование аортального клапана. У семи

больных с выраженной недостаточностью трехстворчатого клапана выполнена пластика. У пяти больных с атеросклеротическим поражением коронарного русла выполнено аортокоронарное шунтирование. У одного пациента выполнена процедура MAZE, и у одного больного - ушивание ООС.

Результаты и обсуждение. Результаты операции контролировались интраоперационным чрезпищеводным ЭхоКГ (ЧПЭхоКГ) исследованием. Наиболее частым осложнением данных операций являются ятрогенный ДМЖП и повреждение пучка Гиса, вплоть до полной АВ блокады. В наших случаях ятрогенный дефект МЖП при выполнении интраоперационного ЧПЭхоКГ - исследования был обнаружен у 4 (27,7%) больных. У одного пациента после тщательной ревизии через правое предсердие и аортотомию диагноз ятрогенного ДМЖП не подтвердился. У двух больных производилось ушивание ДМЖП швами на прокладках, и одного пациента с использованием заплаты. У 2 пациентов был имплантирован постоянный ЭКС из-за полной АВ блокады после операции. Последующие наши послеоперационные ЭхоКГ-исследования показали достоверное уменьшение пикового систолического градиента в ВТЛЖ в покое у 100% больных по сравнению с дооперационными показателями на 77,1% (min 3 мм. рт. ст. и max 48 мм. рт. ст.). В раннем послеоперационном периоде умер один пациент. После выписки из стационара (11=14) средний функциональный класс по New York Heart Association (NYHA) составил $1,82 \pm 0,64$, и достоверно не отличался от дооперационных показателей ($p=0,083$), хотя имел тенденцию к улучшению. Следует сразу отметить, что ухудшение или отсутствие улучшения было у тех больных, у которых имелся ятрогенный ДМЖП, в связи с чем больным выполнялись повторные вмешательства или происходило удлинение времени искусственного кровообращения.

Выводы. Дальнейшее совершенствование хирургической техники, а так же выделение групп больных, которым показан тот или иной вид оперативного лечения и выявление факторов прогноза эффективности различных тактик лечения, позволяет надеяться на улучшение результатов хирургического лечения данного тяжелого недуга.

РЕДКИЕ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ

Шепетько М.Н.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Истинные первичные новообразования средостения представляют сами по себе достаточно редкую патологию. Частота их в мире в соответствии с данными различных авторов составляет около 2 случаев на 1 млн. населения в год [2].

Цель исследования состояла в оценке частоты встречаемости различных гистологических типов опухолей в различных анатомических отделах средостения.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили наблюдения за 113 больными новооб-

разованиями средостения в возрасте от 14 до 86 лет (Средний $49,7 \pm 1,3$ лет) с 1997 по 2007 годы. 50% пациентов находилась в зрелом возрасте 38 - 65,5 лет с медианой, равной 48,0 лет. Из них оперировано 104 пациента. Гистоструктура новообразований медиастинума в большинстве случаев соответствовала топографо-анатомическому принципу. В переднем средостении наиболее частыми были опухоли тимуса, загрудинный зоб, липомы. В верхнем средостении локализовался зоб с частично загрудинным расположением, в среднем средостении - кисты перикарда и заднее средостение занимали невриномы [3].

Результаты и обсуждение. После хирургического лечения и гистологического исследования оказалось, что больных злокачественной патологией, локализующейся в средостение, было в 5 раз меньше. Нозологическая характеристика количественного состава новообразований средостения выглядела так, что среди опухолей средостения преобладали доброкачественные в 84%, злокачественные составили лишь 16% случаев. Наиболее частой локализацией как доброкачественных, так и злокачественных опухолей было как переднее, так и заднее средостение, но доброкачественные опухоли переднего средостения в 5 раз, а заднего средостения в 10 раз по частоте встречаемости преобладали над злокачественными неоплазиями [3]. Однако 3 наблюдения представились уникальными находками, данные о которых собираются во всем мире. В первом случае у пациента молодого возраста диагностирована семинома средостения и прослежена его 10-летняя безрецидивная выживаемость до 2010 года после комбинированного/комплексного лечения. Второй случай представлен болезнью Кастельмана (ангиофоликулярная гиперплазия лимфатических узлов, описанная Робертом Кастельманом в 1956г.) в сочетании с дифференцированным раком щитовидной железы и прослежена 5-летняя выживаемость пациента до 2010 г. И в третьем случае встретился ретроперитонеальный фиброз - болезнь Ормонда [1] с распространением в средостение. Была проведена тщательная морфологическая оценка препаратов и диагноз всех трех находок не вызывает сомнений.

Выводы. Несмотря на то, что новообразования средостения часто диагностируются благодаря рентгенологическому исследованию грудной клетки, точный диагноз без инвазивных методов исследования часто невозможен. Все это заставляет клиницистов и морфологов оценивать каждую встречающуюся ситуацию отдельно и планировать соответствующее лечение.

Литература:

1. Михайлова, С. Х. Ретроперитонеальный фиброз - болезнь Ормонда: автореф. / С. Х. Михайлова. - М., 1981.
2. Онкология / под ред. Д. Касчиато; пер. с англ. А. А. Моисеева [и др.]. - М., 2008. - С. 541.
3. Шепетько, М. Н. Опухоли средостения / М. Н. Шепетько, А. В. Прохоров, И. Н. Лабунец // Мед. журн. - 2009. - №4. - С. 121-23.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Шкет А.П., Островский Ю.П., Корник О.С., Шумоев В.В., Андрущук В.В., Островский А.Ю., Глыбовская Т.В., Мозгова Е.А.

ГУ "Республиканский научно-практический центр "Кардиология",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Количество пациентов, нуждающихся в проведении повторных операций на клапанном аппарате в связи с дисфункцией или дегенерацией ранее имплантированных протезов, постоянно увеличивается во всем мире [1]. Вместе с тем, проведение повторных клапанных коррекций является сложной задачей, сопровождается достаточно высокими показателями осложнений и летальности [2, 3], требует изучения результатов и особенностей проведения подобных вмешательств.

Цель. Целью исследования являлось изучение собственных результатов операций репротезирования клапанов сердца у пациентов с развившейся дисфункцией ранее имплантированных протезов клапанов сердца.

Материалы и методы. В период с 2001 по 2009 годы в отделении кардиохирургии №2 РНПЦ "Кардиология", Минск, Беларусь, у 95 пациентов произведены операции репротезирования клапанов по поводу дисфункций протезов клапанов сердца, что составило 2,2% от всех проведенных клапанных коррекций. Все пациенты оперированы с искусственным кровообращением в условиях нормотермической перфузии 34°C с применением оригинальной комбинированной анте- и ретроградной холодовой кровяной кардиоopleгии.

Средний возраст больных составил $49,6 \pm 9,9$ года (от 24 до 71 года). Соотношение мужчин и женщин - 48 и 47 соответственно. Все пациенты относились к функциональному классу III или IV по классификации NYHA.

Дисфункция митрального протеза установлена у 61 (64%) пациента, аортального протеза - у 26 (27%) пациентов, одновременно дисфункция протезов митрального и аортального клапанов - у 4 (4,5%) пациентов протеза трехстворчатого клапана - у 4 (4,5%) пациентов. Причинами дисфункции явились: панныс - 34 случая (35,8%), тромбоз - 21 (22,1%), панныс + тромбоз - 14 (14,7%), фистула - 16 (16,8%), кальциноз биопротеза - 6 (6,3%), протез-пациент несоответствие - 4 (4,2%). Дисфункция на фоне эндокардита развилась у 20 (21%) пациентов. Сроки от первичной операции до повторного вмешательства составили: в течении госпитального срока - у 11 (11,6%) пациентов, 1 года - у 14 (14,7%), от 1 до 2 лет - у 6 (6,3%), от 2 до 5 лет - у 19 (20%), от 5 до 10 лет - у 25 (26,4%), от 10 до 20 лет у 16 (16,8%), более 20 лет у 4 (4,2%).

22 пациентам (23,2%, первая группа) из-за тяжести состояния операция выполнена по экстренным показаниям сразу после поступления в клинику. 73 пациента (76,8%, вторая группа) оперированы после проведения предоперационной подготовки, сроки которой составили в среднем $4 \pm 2,3$ суток.

Результаты и обсуждение. Госпитальная леталь-

ность составила 8,4% (умерло 8 человек). Причиной смерти во всех случаях явилась острая сердечная недостаточность. Из 22 больных, оперированных по экстренным показаниям, (1-ая группа больных) погибли 3 (13,6%). Из 73 пациентов, оперированных после предоперационной подготовки (2-ая группа), умерло 5 (6,8%). Полученные результаты в целом соответствуют современной мировой статистике [4, 5].

Выводы. Дисфункция протезов клапанов сердца чаще возникает в сроки 5 - 10 лет после первичной операции. Основную роль в развитии дисфункции механических протезов играют паннус, тромбоз и их сочетание.

Послеоперационная госпитальная летальность после репротезирования клапанов сердца зависит от исходной тяжести состояния больных и характера проведения вмешательств. При экстренном характере проведения операции репротезирования клапанов сердца, обусловленном тяжестью состояния больного, риск летального

исхода увеличивается в 2 раза.

Литература:

1. *Valvular surgery in the elderly* / S. E. Femes [et al.] // *Circulation*. - 1989. - Vol. 80. - P. 1-77.
2. *Decrease in operative risk of reoperative valve surgery* / L. H. Cohn [et al.] // *Ann. Thorac. Surg.* - 1993. - Vol. 56. - P. 15.
3. *The inhospital risk of rereplacement of dysfunctional mitral and aortic valves* / L. H. Cohn [et al.] // *Circulation*. - 1982. - Vol. 66, N 2. - Pt. 2. - P. 1153-1156.
4. *Decreasing mortality for aortic and mitral valve surgery in northern New England*. Northern New England Cardiovascular Disease Study Group / N. J. Birkmeyer [et al.] // *Ann. Thorac. Surg.* - 2000. - Vol. 70. - P. 432.
5. *Operative risk of reoperative aortic valve replacement* / D. D. Potter [et al.] // *J. Thorac Cardiovasc. Surg.* - 2005. - Vol. 129. - P. 94.

ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Адзериho И.Э., Давидовский И.А., Авдей П.П., Карпович Д.И., Климчук И.П., Комиссаров В.В., Коростелев Д.Ю., Жих О.Д., Корниевич С.Н., Матвейко В.П., Воевода М.Т., Аскальдович Е.В. УЗ "Минская областная клиническая больница", ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Главной особенностью атеросклеротического поражения нижних конечностей (НК) является неуклонно прогрессирующее течение, характеризующееся нарастанием выраженности перемежающейся хромоты и переходом ее в постоянный болевой синдром или гангрену, которая возникает у 15-20% больных [1]. Периоперационная летальность при ампутациях ниже колена составляет 5-10%, выше колена - 15-20%. Потребность в реконструктивных операциях на артериальной системе в России составляет 930 на 1 млн. населения [2]. Соответственно, в Республике Беларусь потребность составляет около 9000 тысяч вмешательств в год. Внедряемые в настоящее время малоинвазивные методы реваскуляризации, в т.ч. гибридные технологии (сочетание традиционного хирургического и эндоваскулярного методов лечения), направлены на повышение доступности специализированной помощи населению, улучшение результатов лечения, снижение экономических затрат государства на лечение этой группы больных.

Цель работы. Улучшить результат комплексного лечения пациентов с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей путем внедрения гибридных технологий.

Материал и методы. В основу работы положен клинический материал 10 наблюдений пациентов с облитерирующим атеросклерозом НК. Сочетание стеноза подвздошной, стеноза общей бедренной артерии (ОБА) и окклюзии поверхностной бедренной артерии (ПБА) было отмечено у 1 пациента; стеноза подвздошной, стеноза ОБА и стеноза глубокой бедренной артерии (ГБА) - 7 пациентов; окклюзии подвздошной и окклюзии ОБА и стеноза ГБА - 1 пациента; стеноза ОБА и окклюзии ПБА - 1 пациента. Женщин было 3, мужчин - 7. Длительность заболевания - от года до 10 лет. Средний возраст 53,2 года (41-75 лет). Степень ишемии Пб-IV в соответствии с классификацией Фонтейна-Покровского. С целью диагностики и оценки эффективности и безопасности лечения использовался комплекс современных методов: ультразвуковое сканирование, рентгенконтрастная ангиография с 3D реконструкцией, реография, магнитно-резонансная ангиография, а также проводилось исследование объективного статуса пациента, использовались социологические методы исследования. Хирургическая тактика определялась исходя из уровня локализации окклюзии (стеноза), состояния путей оттока, а также общесоматического статуса больного. В каждом случае

показания к той или иной операции определялись индивидуально и могли корректироваться по ходу операции. Все операции выполнялись в рентгенэндоваскулярной операционной бригадой сосудистых и эндоваскулярных хирургов. Выполнены следующие виды вмешательств: эндартерэктомия из ОБА, устьев ГБА и ПБА в сочетании с ангиопластикой и стентированием подвздошной артерии - 7; ультразвуковая реканализация и стентирование подвздошной артерии в сочетании с эндартерэктомией из ОБА, устья ГБА-1; эндартерэктомия из ОБА, устьев ГБА и ПБА в сочетании с ангиопластикой и стентированием ПБА - 1; эндартерэктомия из ОБА, в сочетании с ангиопластикой и стентированием подвздошной артерии и ультразвуковой реканализацией и стентированием ПБА - 1.

Результаты и обсуждение. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений отмечено не было. Срок наблюдения составил от 1 до 8 месяцев. Во всех случаях отмечено улучшение клинического статуса: исчезновение болей в покое (2 пациента), заживление ишемических язв (3 пациента), увеличение дистанции безболевой ходьбы у всех пациентов. Данные инструментальных методов показали, что проведенные вмешательства способствовали улучшению периферической гемодинамики, о чем свидетельствовало достоверное ($p < 0,05$) снижение конечной диастолической скорости кровотока, увеличение показателей систолодиастолического соотношения, пульсационного индекса и индекса периферического сопротивления, плечелодыжечного индекса. У всех пациентов после стентирования был достигнут оптимальный ангиографический результат - остаточный стеноз составил 10-35% (исходный 70-100%). По данным контрольной ангиографии (через 6 месяцев после операции), отмечен рестеноз 10-15% у 2 пациентов, 25-30% у 1 пациента.

Реализуемый гибридный подход к лечению многоэтажных атеросклеротических поражений подвздошно-бедренного сегмента позволил избежать у 6 больных выполнения стандартной операции артобифemorального протезирования, что отразилось на тяжести течения послеоперационного периода и сроках послеоперационной реабилитации.

Выводы. Гибридные технологии в лечении атеросклероза НК являются безопасным методом, позволяющим снизить травматичность вмешательства, объективно контролировать, а при необходимости, корректировать ход операции, что позволяет добиться оптимального клинического результата.

Литература:

1. Fate of the patient with chronic leg ischaemia / J. Dormandy [et al.] // J. Cardiovasc. Surg. - 1989. - Vol. 30. - P. 50-57.
2. Бокерия, Л. А. Хирургия сердца и сосудов в Российской Федерации / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова. - М., 1998. - 43 с.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ И СТЕНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА

Адзериho И.Э., Давидовский И.А., Карпович Д.И., Авдей П.П., Коростелев Д.Ю., Климчук И.П., Жих О.Д., Курьян Н.Л., Деркачева Н.В., Аскальдoвич Е.В.
УЗ "Минская областная клиническая больница",
ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Хронические облитерирующие поражения артерий нижних конечностей встречаются у 2-3% населения и составляют 20% от общего количества сердечно-сосудистых заболеваний [1]. Для восстановления проходимости окклюзированных артерий широко используются интервенционные методы лечения. Однако проведенные в течение последних десятилетий многочисленные клинические исследования во всем мире свидетельствуют о недостаточной их эффективности при окклюзиях магистральных артерий нижних конечностей, что указывает на необходимость разработки новых, альтернативных методов реканализации пораженной артерии [2, 3]. Одним из новых альтернативных методов лечения является метод ультразвуковой (УЗ) реканализации.

Цель работы. Улучшить результаты комплексного лечения пациентов с хроническими окклюзиями подвздошно-бедренного сегмента путём разработки и внедрения метода эндоваскулярной реканализации, включающего УЗ реканализацию в сочетании с ангиопластикой и стентированием.

Материал и методы. Объектом исследования явились 16 пациентов мужского пола с локальной окклюзией подвздошно-бедренного сегмента длиной от 6 до 15 см. Возраст пациентов от 49 до 76 лет (средний 62 года). Длительность заболевания от 6 месяцев до 5 лет. Степень хронической артериальной недостаточности Пб-IV по Фонтейну-Покровскому. Для диагностики поражения аорты и магистральных артерий использовали ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), магнитно-резонансную ангиографию, рентгенконтрастную ангиографию, реовазографию. Для выявления сопутствующей патологии проводилось скрининговое обследование: УЗДГ брахиоцефальных артерий, спирография, электрокардиография, эхокардиография, холтеровское мониторирование, клинические анализы. Эндоваскулярная реваскуляризация проводилась доступом через общую бедренную артерию на стороне поражения антеградной пункцией при поражении поверхностной бедренной артерии (ПБА), ретроградной пункцией при поражении подвздошных артерий. Реканализация проводилась с помощью ультразвуковой установки "Пульсар-1МА" (БНТУ, Беларусь), состоящей из ультразвукового генератора и набора волноводов с различными типами головок. После реканализации проводилась ангиопластика и стентирование как окклюзированного сегмента, так и зон значимого сопутствующего стенозирования в подвздошно-бедренном сегменте. В качестве антиагрегантов исполь-

зовались клопидогрель по 75 мг до 6 месяцев после стентирования и аспирин 150 мг длительно.

Результаты и обсуждение. Непосредственный успех УЗ-реканализации составил 94% (в 1 случае пройти протяжённую кальцинированную окклюзию длиной 15 см в нижней трети ПБА не удалось). После ангиопластики и стентирования полное восстановление просвета артерии отмечено в 5 случаях (33%), незначительное стенозирование (до 10%) у 7 пациентов (47%), умеренное стенозирование (10-30%) в 3 случаях (20%). В результате удалось уменьшить артериальную недостаточность ног на 1-2 степени, купировать перемежающую хромоту в 11 случаях (73%), купировать боли в покое в 4 случаях (26). Отдаленные результаты изучены у всех пациентов. Срок наблюдения составил от 1 до 10 месяцев. Вторичная проходимость оперированного сегмента составила 93% (отмечен тромбоз стента у 1 пациента через 6 месяцев после реваскуляризации протяжённой кальцифицированной окклюзии в нижней трети ПБА с окклюзией задней большеберцовой, мультифокальными стенозами передней большеберцовой и межберцовой артериями). Рестеноз более 50 % диаметра артерии в сроки 6-12 месяцев выявлен в 2 случаях (13%), рестеноз 30%-50% в 3 случаях (20%) после реваскуляризации ПБА. Проходимость артерии более 70% диаметра сохранилась в 10 наблюдениях.

Выводы. Комплексное эндоваскулярное оперативное лечение пациентов с хроническими окклюзиями подвздошно-бедренного сегмента, включающее ультразвуковую реканализацию в сочетании с ангиопластикой и стентированием является высокоэффективным, малотравматичным методом восстановления магистрального кровотока.

Литература:

1. Вазапостан (простагландин E1) в лечении тяжелых стадий артериальной недостаточности нижних конечностей: пособие для врачей / А. В. Покровский [и др.]. - М.: Медицина, 1999. - 16 с.
2. 5-year results of a prospective study of percutaneous transluminal angioplasty / K. W. Johnston [et al.] // Ann. Surg. - 1987. - Vol. 206. - P. 403-413.
3. Mechanisms of restenosis after coronary intervention: difference between plain old balloon angioplasty and stenting / M. Nakatani [et al.] // Cardiovasc. Pathol. - 2003. - Vol. 12. - P. 40-48.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОВЕРХНОСТНОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ

Батвинков Н.И., Наготко И.В., Васильчук Л.Ф., Кардис А.И., Черний В.А., Гнядо Ю.В., Курник В.И., Полудень Д.И., Юцевич Д.Г., Семенов Р.Ю.,
УЗ "Областная клиническая больница",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Поражение поверхностной бедренной артерии является наиболее часто встречающейся локализацией атеросклеротического поражения артерий

нижних конечностей. Инвалидизирующая перемежающаяся хромота и критическая ишемия являются показанием к оперативному лечению - хирургической реваскуляризации, при этом операцией выбора до настоящего времени считается шунтирование. [1]

Цель. Изучить результаты ангиопластики и стентирования поверхностной бедренной артерии при атеросклеротическом поражении.

Материал и методы. За период с 2007 по 2010 годы в отделении рентгенэндоваскулярной хирургии Гродненской областной клинической больницы прооперировано 23 пациента с окклюзионно-стенотическими поражениями поверхностной бедренной артерии. Возраст пациентов колебался от 51 до 79 лет. Мужчин было 21, женщин - 2. Из сопутствующих заболеваний: сахарный диабет 2 типа имел место у 7 пациентов, коронарная патология - у 17 больных. Ишемия нижних конечностей 2 стадии диагностирована у 16 пациентов, 3 стадии - у 5 больных, 4 стадии - у 2 человек. У 9 пациентов имела место окклюзия поверхностной бедренной артерии, у 14 больных диагностированы гемодинамически значимые стенозы. Протяженность поражения составляла от 8 до 124 мм. Длинные окклюзии, более 10 см, наблюдались у 2 больных. Многоэтажные поражения выявлены у 5 пациентов, у них проведены сочетанные вмешательства или гибридные операции.

Антеградный ипсилатеральный доступ использовался у 21 пациента, у 2 больных применялся ретроградный контралатеральный доступ. При окклюзионных поражениях поверхностной бедренной артерии в 4 случаях выполнялась субинтимальная баллонная ангиопластика, в 5 случаях - транслюминальная ангиопластика. Имплантировано 25 самораскрывающихся стентов. У 2 пациентов ограничили выполнение субинтимальной баллонной ангиопластики без стентирования.

Результаты и обсуждение. Оптимальных ангиографический результат был достигнут во всех случаях, кровотоков в зоне реконструкции - ТТМІ-3. У 3 пациентов после выполнения субинтимальной баллонной ангиопластики в раннем послеоперационном периоде развились гематомы мягких тканей бедра, не потребовавшие хирургической коррекции. Улучшение клинической картины, снижение степени ишемии наблюдалось в ближайшем послеоперационном периоде у 100% пациентов.

Выводы. Непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярных вмешательств позволяют рекомендовать ангиопластику и стентирование как метод выбора при стенозах и коротких окклюзионных поражениях поверхностной бедренной артерии. При протяженных поражениях поверхностной бедренной артерии результаты эндоваскулярных процедур сопоставимы с результатами открытых реконструктивных операций.

Литература:

1. *Endovascular Intervention for Vascular Disease / M. Matt Thompson [et al.]. - New York: Informa Healthcare, 2008. - P. 21-30.*

ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕИЙ

Бонцевич Д.Н., Величко А.В., Каплан М.Л.,
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
Республиканский научно-практический центр
"Радиационной медицины и экологии человека",
г. Гомель, Республика Беларусь

Патологическая извитость внутренних сонных артерий встречается довольно часто при исследовании сосудов шеи, и, по данным различных авторов, при ангиографии колеблется в пределах от 10% до 40% [1,2]. Несмотря на высокую встречаемость извитости, ее влияние на риск развития инсульта остается не ясной. Что, в свою очередь, требует разработки четких показаний к консервативному и оперативному лечению [2,3].

Цель работы. Выявить взаимосвязь между формами патологической извитости и нарушениями мозгового кровообращения, определить характер гемодинамических изменений в патологическом участке сосуда.

Материал и методы. Данное исследование проводилось на базах Республиканского научно-практического центра "Радиационной медицины и экологии человека" и Гомельского областного кардиологического диспансера. Всем пациентам с проявлениями мозговой недостаточности выполнялось УЗИ - исследование сосудов системы брахиоцефальных артерий по стандартным методикам с измерением объемной скорости кровотока в измененных участках.

При выявлении гемодинамически значимых изменений пациентам производили компьютерную томографию с контрастированием и 3D-реконструкцией.

Результаты и обсуждение. За период 2008-2010 годов было проведено УЗИ сосудов шеи у 415 пациентов с явлениями хронической мозговой недостаточности. У 23% пациентов была выявлена патологическая извитость внутренних сонных артерий (ВСА).

По поводу кинкинга ВСА в отделениях хирургии было прооперировано 26 пациентов.

Пациенты были разделены на две группы. В I группу (n=16) вошли пациенты без инсульта в анамнезе, имеющие ХНМК 2-3. Во II группу (n=10) вошли пациенты имеющие ХНМК 4 степени.

Были получены следующие результаты для первой группы значения углов изгибов в градусах ДИ 95% [63,4; 88,8] и для второй группы значения углов изгибов в

Таблица . Зависимость местных потерь напора от угла изгиба

Угол	Кoeffициент		
	местного сопротивления	Местные потери напора	Потеря давления, при прохождении изгиба, Па
90°	0,32	0,023	244
60°	0,38	0,049	509
30°	0,48	0,141	1466

градусах ДИ 95% [27,6; 51,6]. В результате проведенного статистического анализа с использованием двухстороннего критерия Фишера было выявлено: статистически значимое увеличение риска развития ОНМК у пациентов со значениями угла патологического изгиба менее 55°, $p=0,01$.

Потери напора (энергии) в месте изгиба называются местными потерями напора и рассчитывались по формуле Вейсбаха (2).

Таким образом при увеличении остроты угла плавного поворота от 60° до 30° потеря давления на участке местного сопротивления увеличивается в 3 раза.

Выводы

1. Статистически значимо увеличение частоты встречаемости таких осложнений церебральной гемодинамики как ОНМК у пациентов с углом патологического изгиба 55° и менее.

2. Патологическая извитость ВСА - это патология длины сосуда, как правило, представляет собой систему следующих друг за другом изгибов, имеющих различные значения углов и радиусов поворота. Все это в совокупности оказывает влияние на церебральную гемодинамику и требует более детального изучения.

Литература:

1. *Клиническая ангиология: руководство: в 2 т. / А. В. Покровский [и др.]; под ред. А. В. Покровского. - М.: ОАСГМедицина, 2004. - 1688 с.*

2. *Togay-Isesikay, C. Carotid artery tortuosity, kinking, coiling: stroke risk factor, marker, or curiosity / C. Togay-Isesikay // Acta neurol. belg. - 2005. - Vol. 105. - P. 68-72.*

3. *Stenotic Coiling and Kinking of the Internal Carotid Artery / F. Koskas [et al.] // Annals of Vascular Surgery. - 2006. - Vol. 7, N 6. - P. 530-540.*

АУТОГЕМОМАГНИТОТЕРАПИЯ И КВАНТОВАЯ ГЕМОКОРРЕКЦИЯ У АНГИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ

Василевский В.П., Цилиндзь А.Т., Маслакова Н.Д., Почобут Б.И., Якубцевич Р.Э., Вихарев А.А. УО "Гродненский государственный медицинский университет", УЗ "Гродненская областная клиническая больница", г. Гродно, Республика Беларусь

Успех лечения больных, перенесших реконструктивные операции по поводу окклюзионной патологии аорты и артерий нижних конечностей, невозможен без комплексной многокомпонентной до- и послеоперационной терапии [2]. С целью улучшения эффекта от медикаментозного лечения ангиохирургическим больным в послеоперационном периоде проводятся сорбционные методики, экстракорпоральная квантовая гемокоррекция и сеансы гипербарической оксигенации [1, 3].

Целью исследования явилась оптимизация алгоритма комплексного лечения после реконструктивно-восстано-

вительной хирургии окклюзий аорты и артерий нижних конечностей.

Материал и методы. Обследованы две группы пациентов после реконструктивных и восстановительных операций по поводу окклюзий аорто-подвздошного и бедренно-берцового сегментов. В послеоперационном периоде на фоне традиционной патогенетической терапии: 1 группе пациентов было назначено 5 сеансов экстракорпорального магнитного облучения крови, 2 группе пациентов - 5 сеансов экстракорпорального ультрафиолетового облучения крови. Исследуемым больным до сеанса, а также после 1, 3, 5 сеансов производилось динамическое исследование газового состава крови. В качестве базовых прогностических показателей нами было оценено 4 значения газового состава крови: рН крови, напряжение кислорода (рО₂), насыщение крови кислородом (sО₂), концентрация лактата (сLак).

Результаты и обсуждение. Анализ полученных средних результатов газового состава крови показал, что на фоне традиционной патогенетической терапии с применением экстракорпорального магнитного облучения крови показатели достигли либо нормального значения (рН крови, насыщение крови кислородом (sО₂), концентрация лактата (сLак)), либо имели выраженную положительную динамику по сравнению с исходными (напряжение кислорода (рО₂)). При применении традиционной патогенетической терапии и экстракорпорального ультрафиолетового облучения крови получена нормализация показателя насыщения крови кислородом (sО₂), а значения: рН крови, напряжение кислорода (рО₂), концентрация лактата (сLак) сместились к показателям нормы несколько в меньшей степени, чем данные первой группы.

Выводы. Таким образом, экстракорпоральная аутогемомангнитотерапия и ультрафиолетовое облучение крови в послеоперационном периоде положительно влияют на результаты традиционной патогенетической терапии у больных с окклюзиями аорты и сосудов нижних конечностей. Омагничивание крови снижает агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, что способствует улучшению гемодинамики, снижает активность свёртывающей системы крови и нормализует реологические свойства крови, улучшает кислородтранспортную функцию крови и оказывает антигипоксический эффект. Ультрафиолетовая квантовая гемотерапия увеличению объема магистрального кровотока и улучшает кровоток в микроциркуляторном русле, достигается антигипоксический эффект и бактерицидное действие.

Литература:

1. *Влияние постоянного магнитного поля на связывание углекислого газа кровью / А. И. Жерновой [и др.] // Бюл. эксперим. биол. и мед. - 1998. - № 6. - С. 298-304.*

2. *Магнитотерапия в комплексном лечении сосудистых осложнений сахарного диабета / Ю. Б. Кириллов [и др.] // Клини. мед. - 1996. - № 5. - С. 39-41.*

3. *Extracorporeal Blood Treatment Methods in SIRS/Sepsis / J. Honore [et al.] // Int. J. Artif. Organs. - 2005. - Vol. 28, N 5. - P. 450-458.*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Воробей А.В., Гришин И.Н., Карнович Д.И., Воевода М.Т., Давидовский И.А., Авдей П.П., Корниевич С.Н., Климчук И.П., Матвейко В.П., Комиссаров В.В. ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии УЗ "Минская областная клиническая больница", г. Минск, Республика Беларусь

Эндоваскулярный метод лечения аневризм аорты является на сегодняшний день наиболее перспективным направлением. Бурное развитие технологий, внедрение новых аортальных эндопротезов, совершенствование технического мастерства эндоваскулярных хирургов позволяет сделать эту операцию - операцией выбора у большинства больных с аневризмой брюшной аорты. Применение метода включает в себя ряд преимуществ, которые заключаются в более низкой частоте послеоперационных осложнений, более сжатых сроках реабилитационного периода, хороших непосредственных и отдаленных результатах. При этом предполагается включение в группу больных, которым предстоит операция, пациентов с высоким операционным риском.

Цель исследования: представить первый опыт лечения больных с аневризмой брюшной аорты с помощью эндоваскулярного протезирования.

В период с ноября 2009 по май 2010 гг. эндоваскулярное вмешательство при аневризме брюшной аорты выполнено у 6 больных. Возраст больных колебался от 49 до 68 лет. Из оперированных все больные - мужчины. Отбор больных осуществлялся на основании трехмерной компьютерно-томографической ангиографии. Противопоказанием к применению эндопротезирования являлся диаметр инфраренальной шейки более 32 мм и длина ее менее 15 мм, тромбы и кальцификация в шейке более 35% процентов окружности, ангиуляция шейки более 60%. В протокол обследования также входили общеклинические обследования, ЭКГ, Эхо КГ.

Все больные были с диагнозом: аневризма брюшной аорты и подвздошных артерий, у одного больного имелась окклюзия подвздошной артерии. Все больные были с сопутствующим диагнозом: ишемическая болезнь сердца, а у одного - рак легкого.

Больные накануне операции получали клопидогрель (4 табл. по 75 мг).

Операция проводилась в условиях операционной рентген-эндоваскулярного отделения со стационарным оборудованием.

Длительность операции колебалась от полутора до двух с половиной часов.

У 5 больных выполнено эндоваскулярное орто-подвздошное протезирование бифуркационным стент-графтом, а у одного дополнено реканализацией подвздошной артерии с последующим ее стентированием.

Начальный успех имплантации протеза был достигнут у всех 6 больных. В послеоперационном периоде больным было рекомендовано в течение 6 месяцев принимать клопидогрель 75 мг 1 р/д, полокард 75 мг 1 р/д, контрольная КТ через полгода.

Выводы. Эндоваскулярное лечение аневризм брюшной аорты является адекватным и эффективным малоинвазивным методом лечения, которое позволяет сократить сроки лечения и снизить послеоперационную летальность. Однако эта технология требует тщательного отбора больных и постоянного динамического наблюдения.

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОМПЛЕКСОВ ТКАНЕЙ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ ИШЕМИЯХ

Воробей А.В., Подгайский В.Н., Мечковский С.Ю., Стасевич О.В., Батюков Д.В., Подгайский А.В., Ладутько Д.Ю., Мечковский С.С., Петрова Д.Ю. ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", Республиканский центр пластической и реконструктивной микрохирургии на базе УЗ "Минская областная клиническая больница", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Облитерирующий эндартериит нижних конечностей с развитием выраженного болевого синдрома и признаков критической ишемии дистальных отделов стопы чаще всего приводит к ампутации нижней конечности, при этом не всегда возможно даже сохранение коленного сустава, в связи с наличием окклюзии артерий голени.

Цель. Целью работы являлось выработать новый подход к оперативному лечению пациентов с критической ишемией дистальных отделов стопы путем привнесения дополнительных комплексов тканей с другого участка тела.

Материал и методы. В Республиканском центре пластической и реконструктивной микрохирургии на протяжении с 1995 по 2010гг. проведено 23 операции у пациентов с облитерирующим эндартериитом и наличием критической ишемии дистальных отделов стопы. Все пациенты проходили общеклиническое обследование, им также выполнялась бедренная ангиография с целью определения возможностей включения в кровоток пересаженных комплексов тканей. В одном случае была выявлена окклюзия до 75% подвздошной артерии на пораженной стороне, в связи, с чем было проведено стентирование подвздошной артерии, затем был выполнен основной этап операции.

Применялись два вида операции:

- аутотрансплантация большого сальника на голень - 8 пациентов;
- аутотрансплантация торакодорзального лоскута после ампутации дистального отдела стопы - 15 операций.

После забора участка большого сальника на питающих сосудах, он переносился на голень и проводился в субфасциальное пространство голени, располагался

Результаты и обсуждение. Основным смыслом обследования заключался в том, чтобы выявить точное место отхождения питающего гемангиому сосуда, а также выявить место, препятствующее оттоку крови из пораженного сегмента мягких тканей и отмаркировать фистулы. В тех случаях, когда при обследовании не удавалось выявлять эти точки (фистулы), приходилось выполнять лазерную коагуляцию самих кавернозных полостей, что нами рассматривалось как паллиативное вмешательство. К чисто терапевтическим методам можно отнести чрескожную лазерную коагуляцию, однако такой метод может быть результативен только при лечении изолированных кавернозных гемангиом. В отдаленном периоде осмотрено 12 пациентов: у четырех больных гемангиомы исчезли, у остальных - уменьшились, оставляя после себя участки атрофированной кожи и атрофические рубцы.

Выводы.

1. Идея всего обследования должна заключаться в том, чтобы выявить точное место отхождения питающего гемангиому сосуда, а также выявить место препятствия оттоку крови из пораженного сегмента мягких тканей и отмаркировать их, что во многих случаях позволяет компьютерная томография.

2. Преимуществом лазерной коагуляции является отказ от хирургического вмешательства, ее малоинвазивность, безболезненность, хороший косметический эффект.

Литература:

1. Дан, В. Н. Ангиодисплазии (врожденные пороки развития сосудов) / В. Н. Дан, С. В. Сапелкин. - М.: Вердана, 2008. - 200 с.: ил.
2. Current concepts in lymphatic malformation (LM) I / В. В. Lee [et al.] // J. Vase Endovasc. Surg. - 2005. - Vol. 39, N 2. - P. 67-81.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Деркач В.В., Зеньков А.А., Сачек М.Г.,
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
УЗ "Витебская областная клиническая больница",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Аневризма инфраренального сегмента аорты, нередко в сочетании с аневризмой подвздошных артерий, является самым распространенным типом истинной аневризмы, возникновение которой чаще всего обусловлено неспецифическими дегенеративными изменениями пораженной атеросклерозом ее стенки. Аневризма брюшной аорты представляет собой опасность из-за высокой склонности к разрыву. Показатели летальности после этого грозного осложнения остаются стабильно высокими и достигают 80%.

В последнее время отмечается увеличение числа больных АБА в связи с увеличением продолжительности жизни и появлением информативных методов диаг-

ностики - широкого использования ультразвукового сканирования и компьютерной томографии, ангиографии.

Несмотря на достаточный опыт лечения данной группы пациентов, серьезные послеоперационные осложнения наблюдаются примерно у 20% больных с летальностью в ранние сроки после операции до 5 %, а при разрыве аневризмы до 30%

Одним из опасных осложнений является острая ишемия органов брюшной полости, чаще обозначаемая в литературе как ишемический колит, который выявляется с частотой от 2 до 12 % и более, особенно при разрыве аневризмы. Развитие ИК связывают, в основном, с выключением из кровотока нижней брыжеечной артерии (НБА) и внутренних подвздошных артерий (ВПА).

Возникновение ишемического колита является значимой причиной послеоперационных осложнений и летальных исходов, и частота его за последнее время мало изменилась.

Материал и методы. В период с 2007 по 2010 год были обследованы и оперированы 56 больных с АИСА и подвздошных артерий, из них у 13 (28,5%) выявлена изолированная аневризма брюшной аорты, у 4 (7,1%) - аневризма подвздошной артерии, у 28 (50%) сочетание АБА и АПА. Мужчин было 38 (68%), женщин 18 (32%).

При плановой операции подготовка больного к резекции АИСА была стандартной. Оперативным доступом у 36 (64,2%) больных была полная срединная лапаротомия, у 19 (34%) больных операция выполнялась через забрюшинный доступ, и у 1 (1,7%) больного - левосторонняя торакофренолюботомия по Х межреберью в связи с непосредственной близостью почечных артерий к верхнему полюсу аневризмы.

Результаты и обсуждение. Аорто-аортальное протезирование выполнено у 6 (10,7%), аорто-общеподвздошное - у 18 (32,1%), аорто-бедренное - у 29 (51,7%), аорто-бедренное и общеподвздошное - у 3 (5,8%)

У 22 (39,2 %) больных были применены различные методы хирургической профилактики ишемических расстройств левой половины ободочной кишки: Имплантация НБА в протез 6 пациентам (27,2%), шунтирование ВПА от бранши протеза - 2 (9%) пациентам, восстановление кровотока по ВПА 14 пациентам (63,6%).

Выводы. Среди факторов риска возникновения ишемического колита, нередко в сочетании их у отдельного больного, были обнаружены: разрыв аневризмы, выключение из кровотока проходимой нижней брыжеечной и внутренних подвздошных артерий, тромбоз имплантированной нижней брыжеечной артерии, атероземболия, кардиореспираторная недостаточность, кровопотеря и гиповолемия, долихосигма и копростаз.

После аневризмэктомии одна или обе внутренние подвздошные артерии должны быть сразу включены в антеградный (что предпочтительнее) или ретроградный кровоток. В противном случае необходима имплантация нижней брыжеечной артерии в протез.

При малейшем подозрении на возможную недостаточность кровоснабжения левой половины ободочной кишки должна быть выполнена дополнительная реваскуляризация путем имплантации нижней брыжеечной артерии и/или включение в кровоток приемлемым способом хотя бы одной внутренней подвздошной артерии.

Литература:

1. Атеросклероз и аневризмы аорты (анализ секционных материалов) / В. Веретенин [и др.] // *Врач.* - 2008. - № 2. - С. 26-28.
2. Осложнения рентгенэндоваскулярного протезирования аневризм брюшной аорты: материалы первого съезда сосуд. и эндоваскулярных хирургов Украины / Е. П. Кохан [и др.]. - Киев, 2006.
3. Послеоперационная летальность при лечении аневризм брюшной аорты / Е. П. Кохан [и др.] // *Бюллетень НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева РАМН.* - 2003. - Т.4, № 11. - С. 116.

ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССЛОЕНИЕМ АНЕВРИЗМЫ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ И БЕЗ РАССЛОЕНИЯ

*Деркач В.В., Зеньков А.А., Сачек М.Г.,
УО "Витебский государственный орден Дружбы
народов медицинский университет"
УЗ "Витебская областная клиническая больница",
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. Проблема расслоения аневризмы аорты является труднейшей и интереснейшей главой современной сердечно-сосудистой хирургии. Аневризма брюшной аорты является довольно распространенным заболеванием, которое в прогностическом плане достаточно опасно, так как представляет непосредственную угрозу для жизни больного. Несмотря на все современные достижения, летальность при разрыве АБА остается высокой. История хирургического лечения аневризмы аорты насчитывает более двух столетий. Несмотря на обширный опыт лечения и обследования пациентов аневризмой аорты, многие вопросы диагностической тактики далеки от решения. К большому сожалению, в современной клинической практике не существует универсального метода обследования, способного ответить на все вопросы, стоящие перед операцией. Поэтому обследование пациентов с расслоением аневризмы аорты требует выбора диагностической тактики и разработки диагностического алгоритма, учитывающих исходное состояние пациентов и позволяющих в минимальный срок обеспечить необходимое количество информации. В литературе неоднократно предпринимались попытки провести анализ факторов риска летальности в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде у пациентов данной группы. Выявление факторов риска хирургического лечения имеет важное прогностическое значение и позволяет корректировать хирургическую тактику.

Целью настоящей работы стала разработка оптимальной хирургической тактики лечения пациентов с расслоением инфраренального сегмента брюшного отдела аорты на основании анализа и опыта хирургического лечения данной патологии в кардиохирургическом отделении Витебской областной клинической больницы в период с 2008 по 2010 гг.

Материал и методы. За указанный период всего было обследовано и прооперировано 56 человек, 18 женщин (32%) и 38 мужчин (68%). В возрасте от 56 до 82 лет.

При поступлении клиническая картина АБА складывалась из нескольких важнейших составляющих: во-первых, болевого синдрома (81,1%), который характеризовался как "сильные боли в животе" (68%) с последующей миграцией по ходу аорты (90%), во-вторых, сердечно-сосудистой недостаточностью (41%), в третьих, клиникой ишемии сосудистого бассейна нижних конечностей (37%). У определенной части больных (13%) аневризма брюшной аорты явилась случайной находкой и протекала бессимптомно.

В нашем исследовании мы применяли следующие методики визуализации аорты и магистральных ветвей: компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, аортографию.

Спиральная компьютерная томография с рентгеноконтрастным усилением выполнена у 39 (69%) пациентов. Компьютерная томография обладала высокой чувствительностью, которая составила, по нашим данным, 95%.

В нашем исследовании ангиография как диагностическое исследование при аневризме брюшной аорты была выполнена у 33 (59%) пациентов. Она позволила получить информацию об истинном просвете аневризмы, локализации ее шейки, а также о состоянии дистального сосудистого русла.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) была применена - у 9 (16%) пациентов с аневризмой инфраренального отдела аорты. Все 9 пациентов страдали хроническим расслоением аневризмы или имели неосложненную аневризму аорты.

Результаты и обсуждение. Таким образом диагностическая тактика заключалась в использовании трех моделей предоперационного обследования в зависимости от клинического состояния пациентов.

Наличие неосложненной аневризмы инфраренального отдела аорты позволяло провести плановое обследование. Модель обследования пациентов с АБА без разрыва и расслоения включала визуализацию аорты с помощью УЗИ, верификацию диагноза с помощью МРТ, оценку дистального сосудистого русла с помощью ангиографии. Данная модель была применена у 32 пациентов с бессимптомным течением аневризмы инфраренального отдела аорты.

Модель исследования пациентов, поступивших в стационар с хроническим расслоением аневризмы аорты и стабильной гемодинамикой, включала проведение спиральной компьютерной томографии с контрастным усилением, оценку дистального сосудистого русла с помощью ангиографии (по строгим показаниям у абсолютно стабильных пациентов), проведение УЗИ ОБП. Данная модель была применена у 14 пациентов.

Пациенты с разрывом или острым расслоением аневризмы аорты и нестабильной гемодинамикой подвергались только УЗИ исследованию. Данная модель обследования была успешно реализована у 10 пациентов.

Всем групп в приемном покое выполнялись общеклинические исследования.

Анализ показал, что минимальное время от момента поступления в стационар до момента проведения операции было отмечено у пациентов с острым рассло-

нием аорты и нестабильной гемодинамикой, где обследование включало проведение только УЗИ.

Выводы. Тактика предоперационного обследования пациентов с аневризмой аорты определяется клиническим состоянием и должна быть сокращена до минимума у пациентов с нестабильной гемодинамикой.

Проведение ангиографии у пациентов со стабильными гемодинамическими параметрами не увеличивает смертность в раннем послеоперационном периоде и способствует улучшению отдаленных результатов лечения сопутствующего атеросклероза нижних конечностей.

Литература:

1. Сорокин, В. А. Роль коронарографии в лечении расслоения аорты первого типа / В. А. Сорокин, М. Г. Сонг, С. Н. Лу // Тихоокеан. мед. журн. - 2007. - № 1. - С. 53-55.

2. Role of aortic arch replacement in the surgical treatment of type A aortic dissection / V. A. Sorokin [et al.] // 16th Annual meeting of the Asian society for cardiovascular surger. - 2008. - С. 240.

3. Хроническая абдоминальная ишемия: диагностика и хирургическое лечение // Региональное кровообращение и микроциркуляция. - 2002. - № 2. - С. 4-9.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ПРИ ИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ (АНАЛИЗ ТРЁХ ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ)

Иванов А.В., Сорокин А.В., Лунин С.С., Синецын А.А.
Курский государственный медицинский университет,
Областная клиническая больница,
г. Курск, Российская Федерация

Актуальность. Облитерирующие заболевания артерий в структуре сердечно-сосудистой патологии занимают ведущее место, частота хронической ишемии нижних конечностей варьирует от 2,2% в общей популяции населения до 17% у 55-70-летних больных. Более 30% больных, страдающих хронической ишемией нижних конечностей, нуждаются в хирургическом лечении, а нередко в повторных и комбинированных операциях [1]. Это резко увеличивает летальность в этой группе и риск возникновения послеоперационных осложнений. Такие виды рентгенэндоваскулярной, хирургии как стентирование и баллонная дилатация, на сегодняшний день, являются операциями выбора в лечении окклюзирующих поражений артерий [2].

Цель. Целью нашей работы являлось изучение непосредственных результатов стентирования периферических артерий.

Материал и методы. С августа 2005 по декабрь 2008 года в ОКБ г. Курска на базе отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения было выполнено 55 процедур стентирования периферических артерий у 44 пациентов с основным клиническим диагнозом облитерирующий атеросклероз. Средний возраст больных составил $56 \pm 2,5$ года (от 37 до 75 лет), причем группу инвалидности имели 22 пациента (55%),

43 исследуемых было мужского пола и 1 женского. Характер поражений и эффективность проводимых эндоваскулярных вмешательств оценивали до и после соответствующих лечебных мероприятий по данным УЗ сканирования, ангиографии и методов объективного обследования. УЗ-сканирование сосудов включало в себя дуплексное исследование артерий, спектральный Доплер с использованием УЗ аппарата LOGIQ 5 Expert, GE, Medical systems, Inc (США) и триплексное исследование артерий при помощи УЗ-аппарата LOGIQ 500, GE, Medical systems, Inc (США). Для селективной ангиографии использовался мобильный ангиографический комплекс GE OEC 9800, Medical systems, Inc (США); автоматический иньектор Mark V Provis, Medrad, Inc (США).

Результаты и обсуждение. Стенотическое поражение периферических артерий справа составило 46,7%, слева - 53,3%. Из 55 артерий стентирование наружной подвздошной артерии (НПА) выполнено у 22 (40%), общей подвздошной артерии (ОПА) - у 17 (31%), общей бедренной артерии (ОБА) - у 1 (1,8%), подключичной (ПА) - у 6 (11%), поверхностной бедренной артерии (ПБА) - у 5 (9,1%), почечной (ПочА) - у 3 (5,5%) и подмышечной (ПМА) - у 1 (1,8%) пациентов соответственно. Наиболее частым являлось стентирование аорто-подвздошного сегмента, что, в целом, совпадает с данными литературы.

Непосредственное появление пульсации дистальнее места стеноза стентированной артерии было выявлено в 48 случаях, что составило 87,3%. В 4 случаях восстановление пульсации потребовало дополнительных эндоваскулярных и медикаментозных вмешательств. Так, в трех случаях диссекции интимы и в одном случае остаточного стеноза, проходимость артерий была восстановлена дополнительной имплантацией второго стента. В случае непосредственного тромбоза стента, пульсация была обеспечена медикаментозной терапией. Таким образом, суммарный результат успешной ликвидации стеноза и восстановления дистальной проходимости артерий был достигнут в 52 случаях (94,5%). В оставшихся 4 случаях обеспечение дистальной пульсации потребовало открытых хирургических вмешательств.

В 11 случаях (20,0%) после стентирования подвздошных артерий, в связи с окклюзией ПБА, вторым этапом было проведено бедренно-подколенное шунтирование (БПШ) и бедренно-бедренное шунтирование (ББШ), что позволило избежать реконструктивной операции на аорто-подвздошном сегменте.

Выводы. Таким образом, стентирование позволяет в кратчайшие сроки добиться восстановления артериального кровотока и служит главным звеном как в самостоятельных, так и комбинированных оперативных вмешательствах при облитерирующих заболеваниях конечностей.

Литература:

1. Затевахин, И. И. Баллонная ангиопластика при ишемии нижних конечностей: руководство для врачей / И. И. Затевахин, В. Н. Шиповский, В. Н. Золкин. - М.: ОАО Изд-во "Медицина", 2004. - 256 с.: ил.

2. Routine stent implantation vs. percutaneous transluminal angioplasty in femoropopliteal artery disease: a meta-analysis of randomized controlled trials / С. Kasapis [et al.] // Eur. Heart J. - 2009. - Vol. 30, N 1. - P. 44-55.

РОЛЬ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В СНИЖЕНИИ КОЛИЧЕСТВА ВЫСОКИХ АМПУТАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ПРИ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Игнатович И.Н., Кондратенко Г.Г.,
Сергеев Г.А., Корниевич С.Н., Таганович Д.А.,
Храпов И.М., Михайлова Н.М.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
УЗ "10-я городская клиническая больница",
УЗ "Минская областная клиническая больница",
г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Острой проблемой при диабетической ангиопатии является восстановление кровотока у пациентов с многоуровневым окклюзионно-стенотическим поражением артериального русла нижних конечностей в связи с поражением дистального артериального русла (подколенно-берцовый сегмент) [1, 2, 3].

Цель исследования. Определить влияние реваскуляризации на возможность сохранения конечности при многоуровневом окклюзионно-стенотическом поражении артерий нижних конечностей у пациентов с критической ишемией при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. Для анализа результатов лечения с использованием методов непараметрической статистики весь проспективный материал (203 пациента), которым выполнены ангиореконструкции (45 пациентов) и которые лечились только консервативно в связи с отсутствием условий для ангиореконструкции (158 пациентов), разделен на 2 группы в зависимости от характера поражения артерий.

Группа 1. Пациенты с поражением артерий подвздошно-бедренно-подколенного сегмента и берцовых артерий (110 пациентов). При поражении артерий класса А и В TASC (короткие окклюзии и стенозы берцовых артерий) выполнены 4 эндоваскулярных реваскуляризации. При поражении артерий класса С и D TASC выполнено 12 открытых сосудистых операций, направленных на улучшение артериального притока к стопе. Виды реваскуляризирующих операций представлены в таблице 1.

Остальные 94 пациента первой группы, у которых не было условий для ангиореконструкции, получали только медикаментозное лечение.

Вторую группу составили пациенты с изолированным поражением берцовых артерий (93 пациента). При поражении берцовых артерий класса А и В TASC (короткие окклюзии и стенозы берцовых артерий) выполнено 29 эндоваскулярных вмешательств, направленных на улучшение артериального притока к стопе. Виды эндоваскулярных вмешательств представлены в табл. 2.

Остальные 64 пациента второй группы, у которых не было условий для ангиореконструкции, получали только медикаментозное лечение.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде (1-3 мес.) у 7 из 16 пациентов (43,8%) с

поражением артерий подвздошно-бедренно-подколенного сегмента и берцовых артерий, которым выполнялись реваскуляризирующие операции, прогрессировали явления ишемии стопы, что привело к необходимости выполнения высокой ампутации. У пациентов этой группы, у которых реваскуляризация не выполнялась в связи с отсутствием условий для операции либо отказом пациента от операции, высокие ампутации были выполнены у 71 из 94 пациентов (75,5%). Тест Mann-Whitney выявил достоверность различий между количеством высоких ампутаций у пациентов этой группы с реваскуляризацией и без нее ($p < 0,05$)

В течение 3-6 мес. у 4 из 29 пациентов (13,8%) с изолированным поражением берцовых артерий класса А и В TASC, которым выполнены реваскуляризирующие

Таблица 1. Виды ангиореконструкций группы пациентов с поражением артерий подвздошно-бедренно-подколенного сегмента и берцовых артерий

Название операции	Частота	Процент
Пластика общей бедренной артерии	3	18,8
Бедренно-подколенное шунтирование		
Реверсированной веной	3	18,8
Бедренно-подколенное шунтирование		
In situ	5	31,2
Артериализация	1	6,2
Транслюминальная эндоваскулярная баллонная ангиопластика	2	12,5
Транслюминальное эндоваскулярное стентирование	2	12,5
Всего	16	100,0

Таблица 2. Виды ангиореконструкций группы пациентов с изолированным поражением берцовых артерий

Виды эндоваскулярных вмешательств	Частота	Процент
Транслюминальная эндоваскулярная баллонная ангиопластика	25	86,2
Транслюминальная эндоваскулярная стентирование	4	13,8
Всего	29	100,0

операции, прогрессировали явления ишемии стопы, что привело к необходимости выполнения высокой ампутации. У пациентов этой группы, у которых реваскуляризация не выполнялась в связи с отсутствием условий или отказом пациента от операции, высокие ампутации выполнены у 22 из 64 пациентов (34,4%). Тест Mann-Whitney выявил достоверность различий между количеством высоких ампутаций у пациентов этой группы с реваскуляризацией и без нее ($p < 0,05$)

Выводы.

Реваскуляризация является эффективным способом купирования критической ишемии и сохранения опорной функции конечности при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы. Успешная реваскуляризация достоверно позволяет избежать высокой ампутации.

Литература:

1. *Graft patency and clinical outcome of femorodistal arterial reconstruction in diabetic and non-diabetic patients: results of a multicentre comparative analysis / K. B. Wolffe [et al.] // Eur.*

J. Vasc. Endovasc. Surg. - 2003. - Vol. 25. - P. 229-234.

2. Роль реконструктивных сосудистых операций у больных диабетической ангиопатией / М. Д. Дибиров [и др.] // *Хирургия.* - 2009. - № 2. - С. 59-63.

3. Земляной, А. А. Гнойно-некротические поражения нейроишемической формы синдрома диабетической стопы. Новые возможности комплексного хирургического лечения / А. А. Земляной // *Эндокрин. хирургия.* - 2008. - № 1. - С. 11-13.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ

Исачкин Д.В., Янушко В.А.,
Турлюк Д.В., Черноглаз П.Ф.
Республиканский научно-практический центр
"Кардиология",
г. Минск, Республика Беларусь

Цель работы. оптимизация тактики лечения больных с окклюзионно-стенотическим поражением подключичной артерии (ПкЛА).

Материалы и методы. В кардиохирургическом отделении №1 РНПЦ "Кардиология" за период с 2001 по 2009г. выполнено 90 реконструкций ПкЛА при ее атеросклеротическом поражении. 30 пациентам была произведена реплантация ПкЛА в общую сонную артерию (ОСА) (группа 1), 25 - общесонно-подключичное шунтирование (группа 2), 35 - эндоваскулярная баллонная дилатация и/или стентирование ПкЛА (группа 3).

Алгоритм обследования включал данные объективного осмотра больного (аускультацию проекции подключичной артерии, пальпаторную оценку пульсации лучевой артерии, измерение АД на обеих руках), оценку неврологического статуса, УЗДГ и ДС БЦА с определением прироста ЛСКсист и вида кровотока по подключичным артериям (магистральный, магистральный измененный, коллатеральный), рентгенконтрастную (селективную) ангиографию БЦА.

Средний возраст пациентов составил от 56,9 до 57,5 лет; от 71 до 85% пациентов были мужчинами; левостороннее поражение ПкЛА отмечалось у 77-80%.

В группах 1 и 2 превалировало окклюзионное поражение ПкЛА (70% и 88% соответственно), в группе 3 - стенотическое (60%).

Группы равнозначны по контингенту пациентов, клиническим проявлениям заболевания, сопутствующей патологии (см. таблицу 1).

Стил-синдром отмечался у 83% пациентов в группе 1,

у 92% в группе 2 и у 80% в группе 3. Симптомы вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН) отмечались в 90%, 92%, 80%, а симптомы ишемии верхней конечности - в 63%, 56%, и 57% соответственно.

Результаты и обсуждение. Технически успешные вмешательства в группах 1 и 2 были выполнены в 100% случаев, в группе 3 - 31/35 (88,6%) вмешательств были успешны (при стенозах ПкЛА технический успех отмечался в 100%, при ее окклюзиях - в 71,4%).

Во время выполнения вмешательств и в раннем послеоперационном периоде во всех группах не было случаев летальности или развития ОНМК (инсульт или транзиторная ишемическая атака).

В после-/интраоперационном периоде наблюдались следующие осложнения (см. таблицу 2)

Срок пребывания в стационаре после вмешательства составил в среднем 9,7 суток в группе 1, 10,8 суток в группе 2 и 6,1 суток в группе 3 (2,5 суток непосредственно после вмешательства).

Все пациенты в группах 1 и 2 после успешного вмешательства получали низкомолекулярные гепарины в течение 7 дней после операции, аспирин и статины. (длительно, в стандартной терапевтической дозировке). В группе 3 пациенты получали плавикс (6 месяцев), аспирин и статины(длительно).

Срок наблюдения составил от 6 до 96мес. и в среднем составил 46 мес. для группы 1, 42 мес. для группы 2 и 29мес. для группы 3.

Отдаленные результаты лечения были изучены у 26 (86,7%) пациентов группы 1, у 20 (80%) пациентов группы 2 и у 29 (93,5%) группы 3.

Отдаленные результаты оценивались в клиническом и гемодинамическом аспектах. Гемодинамический эффект оценивался по данным УЗДГ и ДС а также измерения АД на обеих руках. Клинический эффект оценивался по динамике клинических проявлений до и после вмешательства.

Положительный клинический эффект после вмешательства (полное исчезновение или значительный регресс клинической симптоматики) отмечен у 24 (92,3%) пациентов группы 1, у 17 (85%) пациентов группы 2 и у 26 (89,6%) пациентов группы 3.

Прокладимость зоны реконструкции ПкЛА (отсутствие окклюзии или значимого стеноза зоны реконструкции) за период наблюдения составила 92% в 1 группе (2 значимых стеноза зоны реконструкции), 85% во 2 группе (1 стеноз и 2 окклюзии) и 89% (1 стеноз и 1 окклюзия) в группе 3.

Выводы.

1. Стентирование стенозов ПкЛА демонстрирует хорошие отдаленные результаты и не уступает по эффек-

Таблица 1

	Поражение других артериальных бассейнов				Сопутствующая патология				
	сонные артерии	позвоночные артерии	коронарные артерии	артерии и/или конечностей	ИБС	ХПН	СД	ХОБЛ	АГ
Группа 1	11 (38%)	8 (27%)	9 (31%)	8 (27%)	9 (31%)	4 (13%)	4 (13%)	1 (3%)	24 (80%)
Группа 2	10 (40%)	7 (28%)	5 (20%)	9 (36%)	5 (20%)	3 (12%)	3 (12%)	1 (4%)	20 (80%)
Группа 3	10 (29%)	7 (20%)	11 (31%)	12 (34%)	11 (31%)	6 (17%)	6 (17%)	2 (6%)	27 (77%)

Таблица 2

Осложнения	Группа		Группа 3
	1	2	
Тромбоз зоны реконструкции	-	5% (1)	3,2% (1)
Плексит	-	5% (1)	-
Синдром Горнера	-	5% (1)	-
Вскрытие купола плевры	7,7% (2)	5% (1)	-
Лимфорей	3,8% (1)	5% (1)	-
Кровотечение/ гематома	-	5% (1)	3,2% (1)
Инфицирование раны	3,8% (1)	5% (1)	-
Другое:	-	-	-
- диссекция интимы			6,4% (прикрыта стентом)
- ложная аневризма			3,2% (1)

тивности хирургическим методам реконструкций ПкЛА, что позволяет предложить данное вмешательство в качестве стартового (первичного) метода лечения стенозирующих поражений ПкЛА.

2. При стентировании окклюзий ПкЛА отмечается высокий процент технических неудач и худшие отдаленные результаты лечения (по сравнению со стенозами).

3. Реплантация ПкЛА в ОСА демонстрирует хорошие отдаленные результаты при относительно небольшом проценте осложнений, что позволяет предложить данное вмешательство в качестве стартового метода лечения окклюдированных поражений ПкЛА.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ПРИ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кондратенко Г.Г., Игнатович И.Н., Леонович С.И., Корниевич С.Н., Сергеев Г.А., Храпов И.М., Малиновский М.В., Михайлова Н.М
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "10-я городская клиническая больница",
УЗ "Минская областная клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Для достижения задачи сохранения конечности с критической ишемией и гнойно-некротическими поражениями у пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы хирургическая бригада должна иметь мультидисциплинарный подход с широким спектром методик и технологий [1, 2, 3].

Цель исследования. Определить влияние комплексного подхода, включающего ангиореконструкции и резекционные операции ниже щели голеностопного сустава, на возможность сохранения конечности при многоуровневом окклюзионно-стенозирующем поражении артерий нижних конечностей с критической ишемией и гнойно-некротическими поражениями у

пациентов с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. Проспективное исследование включает 203 пациента с критической ишемией нижней конечности при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы.

Первичным критерием отбора для определения объема оперативного вмешательства считали признаки критической ишемии конечности с поражением тканей стопы без вовлечения голеностопного сустава и без потери кожи подошвенной поверхности проксимальнее плюсневых костей.

С целью определения характера окклюзионных поражений артерий выполняли конвенциональную контрастную ангиографию (77,5%), КТ-ангиографию (15% случаев), сочетание обеих методик (7,5%).

В случае флегмоны стопы ее дренирование и резекционные операции на стопе выполнялись до реваскуляризации. При ограничении гнойно-некротического процесса на стопе, отсутствии тенденции к распространению и при наличии условий для реконструкции стопы с целью сохранения опорной функции выполнялась реваскуляризирующая сосудистая или эндоваскулярная операция. В случае сухого некротического процесса на стопе без риска развития флегмоны вначале выполнялась реваскуляризация, а потом - резекционные операции на стопе.

В результате проведения предоперационной подготовки получили улучшение коронарного кровотока, купирование ангинозных приступов, стабилизацию артериального давления и углеводного обмена у всех пациентов.

Виды ангиореконструкций представлены в таблице 1.

В дальнейшем решался вопрос о сроках резекционных и реконструктивных операций на стопе. Одно только проведение реваскуляризации не может гарантировать сохранение конечности. Необходимость ликвидации очагов некроза и закрытия раневых дефектов с целью сохранения опорной функции стопы является одной из основных задач лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы ишемического генеза.

Резекционные операции на стопе, направленные на удаление некротических тканей, закрытие раневых дефектов и сохранение опорной функции стопы представлены в таблице 2.

Если удавалось адекватно восстановить артериальный приток, то наблюдалось вторичное заживление раны и сохранение опорной функции конечности. При прогрессировании ишемии и отсутствии тенденции заживления раны выполнялась ампутация выше щели голеностопного сустава.

Результаты и обсуждение. Удалось купировать критическую ишемию и сохранить опорную функцию 34 нижних конечностей (75,6%) из 45, подвергшихся реваскуляризирующим операциям. Выявлена прямая корреляция между количеством высоких ампутаций и длительностью поражения стоп ($p < 0,05$), выраженностью поражений берцовых артерий по Rutherford ($p < 0,05$), выраженностью поражений тканей стопы по Wagner ($p < 0,05$).

Выводы. Синдром диабетической стопы является проблемой, требующей мультидисциплинарного подхода в его лечении. Только совместная и преемственная работа

Таблица 1. Виды ангиорекопструкций

Виды открытых ангиорекопструкций	Частота	Процент
Пластика общей бедренной артерии	3	6,7
Бедренно-п-п одколненное шунтирование реверсированной веной	3	6,7
Бедренно-п-п одколненное шунтирование in situ	5	11,1
Артериализация поверхностного венозного кровотока	1	2,2
Транслюминальная баллонная ангиопластика	27	60,0
Транслюминальное эндоваскулярное стентирование	6	13,3
Всего	45	100

Таблица 2. Виды резекционных операций на стопе

Виды резекционных операций на стопе	Частота	Процент
Ампутация пальца с головкой плюсневой кости	15	33,3
Ампутация стопы по Шарпу	7	15,7
Ампутация стопы по Шопару	1	2,2
Некрэктомия	2	4,4
Не было	20	44,4
Всего	45	100,0

подотерапевта, эндокринолога, гнойно-септического хирурга, ангиохирурга, радиационного интервенциониста, реабилитолога может улучшить результаты лечения этой категории больных и дать пациентам шанс сохранить опорную функцию конечности и приемлемое качество жизни.

Литература:

1. Гавриленко, А. С. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей, обусловленной поражениями артерий инфраингвизиальной локализации / А. С. Гавриленко, С. И. Скрылев // *Ангиология и сосуд. хирургия.* - 2008. - № 3. - С. 111-118.

2. Галстян, Г. Р. Хронические осложнения сахарного диабета: этиология, клиника, лечение / Г. Р. Галстян // *Рос. мед. журн.* - 2002. - Т. 10, № 27. - С. 1266-1271.

ПРЕДИКТОРЫ СТЕНОТИЧЕСКИХ РЕОККЛЮЗИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЯХ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лазаренко В.А., Бобровская Е.А.,
Ряшкина Е.В., Богданова Ю.Г.
Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Российская Федерация

Актуальность. Проблема стенотических реоокклюзий после оперативных вмешательств на аорте и магистральных артериях нижних конечностей в настоящее время представляется одной из наиболее значимых в сосудистой хирургии, достигая 40 - 60% от общего числа вмешательств, что служит причиной повторных операций. Вместе с тем, в вопросе о первопричине ресте-

нотического процесса существует большое количество концепций.

Цель. Целью исследования явилось изучение морфологических изменений в зоне сосудистых анастомозов после реконструктивно-восстановительных операций на аорте и магистральных артериях нижних конечностей на разных сроках после оперативных вмешательств.

Материал и методы. Произведено гистологическое исследование 123 морфологических образцов артериальной стенки в зоне сосудистого анастомоза. Материал в 60,9% забирали при повторных операциях, в 39,1% - на аутопсии. Аорто-бедренные реконструкции выполнены в 37% случаев, бедренно-подколенные - в 63%. Динамику морфологических изменений тканей сосудистой стенки изучали в сроки от первых суток до 12 лет после первичной операции. Для оценки биосовместимых свойств инородного материала (хирургических нитей и протезов) вычисляли коэффициент капсулы, отражающий биоинертность инородного тела (удостоверение на рац. предложение № 1526-02 от 05.12.02 г.).

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде (до 14 суток) морфологические изменения определялись характером операционной травмы. В 8,95% серийных срезов через месяц обнаруживались очаги с диффузно-крупноочаговым воспалением, отмечались участки с интенсивной лейкоцитарной инфильтрацией и обилием распадающихся нейтрофилов. В серийных срезах препаратов на сроке до года (20,32%) после операции в меди имелись очаги хронического воспаления и ангиоматоза. Воспалительные изменения были преимущественно в фазе организации, но с наличием многочисленных включений инородных тел. В непосредственном контакте с шовным материалом и протезом клеточная популяция представлена преимущественно пролиферирующими фибробластами. Капсула шовных нитей сформирована широким пластом гиалинизированной фиброзной ткани. Коэффициент капсулы составил $0,63 \pm 0,04$.

Через 2-4 года на интима в 43,9% наблюдений в прилежащих к стыку с инородным материалом участках стенки сосуда выявлялись крупные очаги новообразования сосудов, присутствовали структуры грануляционной ткани. Коэффициент капсулы был равен $0,92 \pm 0,03$. На сроках через 5-9 лет в 17,9% случаев в зоне анастомозов вокруг инородного материала определялась капсула, снаружи от которой присутствовали лейкоциты. При морфологическом исследовании через 10-12 лет после первичной операции в зоне анастомозов (5,7%) сохранялась выраженная лимфоидноклеточная инфильтрация. Определялась резко выраженная реакция гранулематозного типа с наличием множественных клеток инородных тел различной степени зрелости. Местами преобладали процессы организации при выраженном хроническом воспалении. Коэффициент капсулы на этих сроках составлял $1,57 \pm 0,02$.

Выводы. В проведенных гистологических исследованиях серийных препаратов сосудистой стенки в зоне анастомозов выявлены изменения, которые свидетельствуют о наличии продуктивной воспалительной реакции на инородный материал на протяжении длительного периода наблюдения, с достоверным приростом коэффициента капсулы, способствуя формированию

стеноза зоны анастомоза. Безусловно, выраженность проявлений, происходящих в сосудистой стенке, определяется облитерирующим заболеванием. В то же время воспалительные изменения вокруг инородного материала с реакцией гранулематозного типа, как признак отсутствия стабилизации, усугубляют течение атеросклеротического процесса. Таким образом, полученные данные значительно расширяют представления о механизмах развития окклюзий в области анастомозов, что диктует необходимость поиска новых способов профилактики и лечения стеногических осложнений.

Литература:

1. Гиперплазия интимы как причина рестеноза после реконструктивных и эндоваскулярных операций на артериях нижних конечностей / П. Г. Швальб [и др.] // *Ангиология и сосуд. хирургия.* - 2007. - Т. 13, №4. - С. 144-146.
2. Early development of suture holding capacity in vascular anastomoses in the rat / В. Т. Sigurbjornsson [et al.] // *Microsurgery.* - 1994. - Vol. 15, N 11. - P. 795-801.

ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ

Лызигов А.А.

УО "Гомельский государственный медицинский университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. История существования искусственных протезов полна примерами, когда функционирование протеза изначально было удовлетворительным, вплоть до развития поздних осложнений. Искусственные протезы на протяжении всего срока функционирования являются мишенью для инфекции [1, 2].

Цель исследования. Анализ поздних осложнений артериальных реконструкций, не связанных с явным гнойным воспалительным процессом.

Материал и методы. Проанализировано 49 историй болезней больных, оперированных в Гомельском областном отделении хирургии сосудов по поводу поздних осложнений артериальных реконструкций с 2005 по 2009 годы. Из них мужчин - 47 (96%), женщин - 2 (4%).

Результаты и обсуждение. 7 больных были госпитализированы для хирургического лечения неоднократно, причем 5 из них - 2 раза и 2 - 3 раза. Средний возраст больных - $57,9 \pm 9,3$ года. Средний срок наблюдения с момента первичного реконструктивного хирургического лечения - $4,4 \pm 4,7$ года. Спектр первичной патологии: аневризма брюшной аорты - 3 (6,1%), облитерирующий атеросклероз, синдром Лериша - 32 (65,3%), одностороннее поражение подвздошных артерий - 4 (8,2%), поражение бедренно-подколенного сегмента - 11 (22,4%), ножевое ранение почечной артерии - 1 (2%), артерио-венозное соустье при терминальной стадии хронической почечной недостаточности - 1 (2%).

Степень хронической артериальной недостаточности при первичном реконструктивном хирургическом лечении составила: 2б - 1 (2%), 3 - 26 (55,1%), 4 - 16 (32,7%), у 5 больных (10,2%) хронической артериальной

недостаточности нижних конечностей не было (в случае аневризмы брюшной аорты, ранения сосуда и терминальной стадии хронической почечной недостаточности).

Трофические нарушения с повреждением кожных покровов встречались в 16 (32,7%) случаев. Сахарным диабетом не болел никто.

Изначально были выполнены следующие виды реконструктивных операций: аорто-бедренное бифуркационное протезирование эксплантатом - 32 (69,2%), одностороннее аорто-бедренное шунтирование линейным протезом - 1 (2%), артерио-венозное соустье - 1 (2%), бедренно-бедренное шунтирование - 4 (8,2%), бедренно-подколенное шунтирование - 3 (6,1%), подвздошно-бедренное шунтирование - 3 (6,1%), подмышечно-бедренное шунтирование - 2 (4%), профундопластика синтетической заплатой - 1 (2%), пункция артерии - 1 (2%), травма артерии - 1 (2%), эндартерэктомия из бедренной артерии с пластикой синтетической заплатой - 1 (2%).

Неоднократно оперированы были 14 человек (28,6%). Ранее ампутации нижних конечностей были выполнены в 3 (6,1%) случаях.

При выполнении первичных операций аутологичная вена была использована в 5 (10,2%) случаях, ПТФЭ протезы использовались в 32 (63,2%) случаях, тefлоновые протезы - в 10 (20,4%) случаях. При повторных реконструкциях искусственные протезы использовались в 24 случаях (49,9%).

Спектр вторичных осложнений составил: аррозивное кровотечение - 1 (2%), ложная аневризма артерио-венозного соустья - 1 (2%), ложная аневризма дистального анастомоза - 16 (32,6%), ложная аневризма проксимального анастомоза - 2 (4%), тромбоз шунта встречался в 29 (59,2%) случаях.

Выводы

1. Наиболее частыми поздними осложнениями артериальных реконструкций являются тромбоз шунта (59,2%) и ложная аневризма дистального анастомоза - (32,6%).

2. Наибольшее количество вторичных осложнений (32,7%) наблюдалось при первичном вмешательстве при ХАН 4, т.е. при наличии трофо-некротического поражения.

3. Наибольшее количество осложнений при этом наблюдалось при применении искусственных кондуитов.

4. Вышеизложенное делает актуальным применение аутоматериала при декомпенсированных стадиях ХАН с гнойно-трофическими поражениями.

Литература:

1. Immediate seeding of enzymatically derived endothelium in Dacron vascular grafts / L. M. Graham [et al.] // *Arch. Surg.* - 2009 - Vol. 115. - P. 1289.
2. Simosa, H. F. Genetic therapy for vein bypass graft disease: current perspectives / H. F. Simosa, M. S. Conte // *Vascular.* - 2004. - Vol. 12, N 4. - P. 213-217.

ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ РАДИКУЛОИШЕМИЕЙ

Маслакова Н.Д., Киселевский Г.В.,
Новицкий А.А., Василевский В.П., Ославский А.И.,
Жотковская Т.С., Плескацевич Д.И.
ГУ "1134 Военный медицинский центр ВС РБ",
УО "Гродненский государственный медицинский университет"
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В последние годы значительно увеличилось количество заболеваний опорно-двигательного аппарата и сердечнососудистой системы. Одними из представителей этих групп заболеваний является атеросклероз и остеохондроз. Эти болезни стали проблемами номер один в наше время: они поражают каждого второго человека на планете в возрасте старше 40 лет [1].

Цель. Установить влияние лечебной блокады на сочетанную хроническую артериальную недостаточность нижних конечностей (ХАННК) и вертеброгенное поражение пояснично-крестцового уровня, в частности корешково-сосудистый синдром (радикулоишемия).

Материал и методы. На базе ГУ "1134 ВМЦ ВС РБ" пролечено 33 больных за 2007-2008гг. Возраст наблюдаемых пациентов от 40 до 86 лет, в среднем 63 года.

Исследованные больные разделены на 2 группы: больные с остеохондрозом пояснично-крестцового уровня и пациенты с ХАННК и остеохондрозом пояснично-крестцового уровня. Техника блокады поясничных симпатичных узлов проводилась традиционно [2]. Модификацией было введение 1 мл (40мг) кеналога после инфильтрации 0,5% - 80мл раствора новокаина.

Результаты и обсуждение. Основными преимуществами комплексного лечения с применением нашей модификации блокады мы считаем:

1. Улучшение питания ганглия, снижение его отека, уменьшение болевого синдрома и сохранение при этом симпатического влияния на периферические сосуды.

2. Уменьшение количества белка в плазме, снижение вязкости крови.

3. Уменьшение абсорбции ионов кальция из желудочно-кишечного тракта в кровь, снижение концентрации кальция в плазме, расслабление гладкой мускулатуры сосудов, что приводит к расширению сосудов, улучшению микроциркуляции и трофики тканей. В результате проведения лечебной блокады в первой группе отмечается улучшение субъективных показателей: уменьшение боли в покое и при ходьбе, уменьшение парестезии; исчезновение чувства усталости и похолодания в конечности, прекращение судорог. Зарегистрировано улучшение объективных показателей: увеличилась дистанция безболевой ходьбы; данных реовазографического исследования:

- а) реовазографический индекс (РИ) от 0,008 до 0,173;
- б) индекс эластичности (ИЭ) от 0,22 до 100,9;

в) индекс периферического сопротивления (ИПС) от (-15,8) до 98,3;

г) диастолический индекс (ДИ) от (-10,8) до 64,3;

д) пульсовой прирост крови (ГШК) от 0,05 до 3,23.

Субъективное и объективное улучшение состояния наблюдалось у 72% больных с ХАННК и остеохондрозом пояснично-крестцового уровня. 19% больных отмечали субъективное улучшение, у 9% - без динамики.

Выводы. Предложенная модификация лечебной блокады, проводимая в комплексе с базовым лечением ХАННК и остеохондроза пояснично-крестцового уровня, позволяет улучшить микроциркуляцию в тканях нижних конечностей, снять болевой синдром у больных, что делает лечение больных с данной патологией более эффективным и более адекватным по сравнению с ныне существующим алгоритмами лечения.

Литература:

1. Иоскевич, Н. Н. Хирургия хронической ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза / Н. Н. Иоскевич. - Гродно, 2007. - С. 20-22.

2. Макшанов, И. Я. Лечебные новокаиновые блокады / И. Я. Макшанов, П. В. Гарелик. - Гродно, 1997. - С. 67-68.

ЭВЕРСИОННАЯ ЭНДАРТЕРАКТОМИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. МЕНЬШЕ ПРОТЕЗОВ?

Мышленок Д.Ф., Зеньков А.А., Пушков И.Е.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
УЗ "Витебская областная клиническая больница",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. В последнее время отмечается возрождение интереса к эндартерэктомии и её различным модификациям [1]. Указывается на возможность использования эндартерэктомии как альтернативы эндоваскулярному лечению и шунтирующих вмешательств. В случае развития критической ишемии нижних конечностей неудача первичного выполнения процедуры связана с возрастанием затрат на дальнейшее лечение (срочное или отложенное шунтирование, ампутация) в 2-4 раза вне зависимости от вида выбранного оперативного лечения [2]. Инфицирование шунтов значительно увеличивает вероятность ампутации (до 10-25%) и сопровождается высокой летальностью (достигая 20%) [3].

Цель. Изучить возможность использования продлённой эверсионной эндартерэктомии из аорто-подвздошного сегмента у лиц с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей и оценить непосредственные результаты хирургического лечения.

Материал и методы. В отделении кардиохирургии УЗ "ВОКБ" за 2009-2010 годы у восьми пациентов с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей 2б-3 степени ишемии по классификации Fontain-Покровского использован метод открытой протяжённой эверсионной эндартерэктомии из подвздошных артерий.

Пациенты сопоставимы по возрасту (63±6 года) и сопутствующей патологии, среди которой имело место стабильная стенокардия напряжения, артериальная гипертензия, ХОБЛ. По данным ангиографии, у всех пациентов определялось поражение наружной подвздошной артерии (НПА) типа С по классификации TASC II. У одного пациента на фоне болей покоя имела место окклюзия поверхностной бедренной артерии (ПБА) и поражение глубокой бедренной артерии (ГБА), в связи с чем выполнено бедренно-подколенное аутовенозное шунтирование выше щели коленного сустава. В двух случаях потребовалось выполнение эндартерэктомии из ГБА.

При данном методе под спинномозговой анестезией стандартно выделялись общая бедренная артерия (ОБА), ПБА и ГБА. Параректальным забрюшинным доступом визуализировались подвздошные артерии. Мобилизовывался проксимальный отдел ОБА, подвздошная артерия, перевязывались и пересекались три малых поверхностных артериальных притока от ОБА, которые стандартно располагались в области пупартовой связки. После внутривенного введения 5000 ЕД гепарина ОБА пересекалась в непосредственной близости от устья ГАБ, выводилась в полость таза, где выполнялась эверсионная эндартерэктомия на протяжении. После завершения этапа артерия под пупартовой связкой возвращалась на бедро. Сосудистый анастомоз накладывался по типу "конец-в-конец".

После операции использовались обычные протоколы с назначением в течение пяти дней лечебных доз низкомолекулярных гепаринов, вазоактивных препаратов, аспирина 125 мг, антибиотиков.

Результаты и обсуждение. Для всех пациентов имело место снижение функционального класса ишемии. Ишемические боли покоя были купированы. Эпизодов тромбоза реконструкции и кровотечений не было. Выполнение эверсии не сопровождалось техническими трудностями, позволяло полноценно удалить атеросклеротические бляшки и гиперплазированную интиму, адекватно восстановить просвет артерии. Прямой доступ к артериям давал возможность своевременно устранить случайные дефекты сосудистой стенки. При многоэтажном поражении артерий метод позволял адекватно выполнить ревизию устьев ПБА, ГБА и оценить ретроградный кровоток. Имелись хорошие условия для эндартерэктомии. Параректальный забрюшинный доступ позволял начать раннее питание пациентов. Отмечалось хорошее заживление операционных ран.

Выводы.

1. При атеросклеротическом поражении артерий нижних конечностей с развитием окклюзии наружной подвздошной артерии выполнение протяжённой эверсионной эндартерэктомии выполнимо.

2. Данный подход позволяет избежать применения синтетических протезов, что исключает вероятность развития протезного сепсиса.

3. Необходимы дальнейшие исследования по оценке эффективности метода и отдалённых результатов.

Литература:

1. *Semiclosed endarterectomy in occlusive aortoiliac disease* / R. Van Vugt // *Ann. Vasc. Surg.* - 2010.

2. *A bibliography of cost-effectiveness practices in physical*

medicine and rehabilitation: AAPM&R white paper / D. D. Cardenas [et al.] // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* - 2001. - Vol. 82, N 5. - P. 711-719.

3. Yeager, R. A. *Arterial and prosthetic graft's infection* / R. A. Yeager, J. M. Porter // *Ann. Vase Surg.* - 1992. - Vol. 5. - P. 485-491.

ГИБРИДНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ ВЫСОКОГО РИСКА СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

*Мышлёнок Д.Ф., Зеньков А.А., Михневич А.В.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет"
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. У лиц с атеросклеротическим поражением нижних конечностей часто наблюдается латентное или симптомное генерализованное поражение сосудистой системы [1]. За пять лет наблюдения летальность может достигать 50% [2]. В настоящее время ни один из видов хирургического лечения не лишён вероятности развития тяжёлых последствий. Риск неблагоприятного исхода возрастает с объёмом вмешательства. Указывается на необходимость сравнения ценности методики и ее безопасности для каждого пациента в отдельности исходя из характера поражения сосудистого русла и общего состояния пациента [3].

Цель. Оценить возможность использования гибридной технологии (ангиопластики в сочетании с кроссоверным бедренно-бедренным шунтированием) у лиц с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей старшей возрастной группы высокого риска.

Материалы и методы. В отделении кардиохирургии УЗ "ВОКБ" в 2009-2010 годах прооперировано двое пациентов (мужчина и женщина) 75 и 64 лет, страдающих генерализованным атеросклерозом с поражением аорты, брахиоцефальных, коронарных артерий, артерий нижних конечностей. По классификации Fontain-Покровского ишемия расценивалась как третьей и 26 степени. По данным ангиографии выявлена окклюзия с контралатеральным стенозом подвздошных артерий, стенозы подколенных артерий, артерий голени.

Пациенты характеризовались наличием тяжёлой сопутствующей патологией. У мужчины присутствовал дегенеративный сочетанный порок аортального клапана с преобладанием стеноза, относительная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов, NYHA 2; ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК 3; постоянная форма фибрилляции предсердий; артериальная гипертензия 2 степени; ХОБЛ, смешанная форма, ДН I. У женщины выявлена ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения, ФК 2; дегенеративный порок митрального клапана с недостаточностью тяжёлой степени, пробежки желудочковой тахикардии, последствия ОНМК в левом каротидном бассейне с лёгким правосторонним гемипарезом,

артериальная гипертензия 1 степени.

Учитывая возраст, наличие сопутствующих заболеваний, данных ангиографии с целью минимизации операционной травмы использована гибридная технология. Первым этапом произведена ангиопластика и стентирование подвздошных артерий, после чего выполнено кроссоверное бедренно-бедренное аллошунтирование с использованием армированного протеза ПТФЕ.

С целью профилактики тромбоза в послеоперационном периоде пациентам назначался плавикс 75 мг, аспирин 75 мг, низкомолекулярные гепарины в лечебных дозировках.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде тромбозов, кровотечений из зоны реконструкции, формирования гематом не отмечалось. В первом случае критическая ишемия нижней конечности купирована, дистанция безболевого ходьбы составила 100 метров. У пациентки дистанция безболевого ходьбы достигла 240 метров. Прирост значений лодыжечно-плечевого индекса после операции - 0,15 и 0,34. Срок пребывания пациентов в стационаре после операции составил 20 и 18 дней соответственно. Пациенты выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

1. Гибридные вмешательства с одномоментным стентированием аорто-подвздошного сегмента в сочетании с кроссоверным бедренно-бедренным шунтированием выполнимы у лиц старшей возрастной группы.

2. При наличии тяжелой сопутствующей патологии гибридные реконструкции могут рассматриваться в качестве альтернативы традиционным многоэтажным открытым вмешательствам.

Литература:

1. Van der Graaf, Y. *The course of vascular risk factors and the occurrence of vascular events in patients with symptomatic peripheral arterial disease* Goessens BMB / Y. van der Graaf, J. K. Olijhoek, L. J. Visseren // *J. Vasc. Surg.* - 2007. - Vol. 45. - P. 47-54.

2. Lowe, G D. *Double-Blind controlled clinical trial of ancrod for ischemic rest pain of the leg* / G. D. Lowe // *Angiology.* - 1982. - Vol. 33. - P. 46-50.

3. *Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II).* - P. 169-170.

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ Х О З А Н К

Петухов А.В.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Существует большое количество методов обследования больных ХОЗАНК. В то же время не вполне решенной остается проблема сравнительной

оценки качества лечения данной группы больных с применением различных методов лечения [1,2].

Материал и методы. Обследовано 108 пациентов, 40 из которых с дистальной формой ХОЗАНК получали только лекарственную терапию в соответствии с существующими стандартами лечения, 34 пациентам также с дистальной формой заболевания были произведены операции непрямого реваскуляризации конечностей, еще 34 пациента были обследованы как эталонная группа, им производились операции прямой реваскуляризации конечностей.

Всем пациентам проведено комплексное обследование: исследование общих, биохимических анализов крови и данных коагулограммы, реовазография, ультразвуковые исследования, рентгеноконтрастная ангиография, фотоплетизмография, измерение кожной температуры с нагрузкой, исследование симптома перемежающейся хромоты с балльной оценкой результатов, изучение качества жизни с применением опросника разработанного на базе наиболее распространенного в клинических исследованиях опросников Euro-QoI и SF-36 В.В.Савиным для исследования КЖ у пациентов ХОЗАНК [3]. Данные всех исследований анализировались с использованием пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. Следует отметить, что большинство исследований, проводимых больным ХОЗАНК в стационарах характеризуют отдельные особенности течения заболевания у конкретных больных. Так реакция со стороны анализов крови возникает при развитии воспалительного процесса, среди биохимических анализов наибольший интерес представляет исследование глюкозы крови, данные коагулограммы также неспецифичны для больных с поражением крупных магистральных сосудов или дистального русла. Поэтому из всего арсенала проведенных исследований мы выделили ряд, который в значительной степени характеризует изменения магистрального и тканевого кровотока, регистрируемые после всех видов проведенного лечения. Ими оказались: исследование ЛПИ, кожная термометрия, фотоплетизмография (SpO₂), исследование перемежающейся хромоты и оценка КЖ (как интегрального показателя, так и анализ по отдельным графам).

При консервативном лечении критерии, характеризующие непосредственные результаты, изменяются мало. В изменениях значений ЛПИ, кожной температуры и SpO₂ происходят положительные сдвиги, но они недостоверны. Единственным объективным критерием отражающем улучшение кровоснабжения конечностей после лекарственной терапии - степень перемежающейся хромоты (до лечения $2,7 \pm 0,88$, после лечения $2,28 \pm 0,55$ $p < 0,012$). После операций непрямого реваскуляризации изменения ЛПИ незначительны и недостоверны, достоверно улучшаются показатели кожной температуры (справа $32,49 \pm 1,812$ $34,11 \pm 1,438$, $p = 0,0001$; слева $32,74 \pm 1,791$ $33,82 \pm 1,525$, $p = 0,001$), а также показатели SpO₂ (справа $94,29 \pm 8,512$ $97,69 \pm 3,099$, $p = 0,00052$; слева $95,27 \pm 6,331$ $97,62 \pm 3,547$, $p = 0,0026$). Степень перемежающейся хромоты достоверно улучшается ($3,44 \pm 0,656$ $2,9 \pm 0,892$, $p = 0,0001$).

Что касается эталонной группы, то есть группы пациентов, которым произведено восстановление магистрального кровотока, то все указанные показатели

в данной группе имеют достоверно лучшие как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения. Аналогичные результаты получены при исследовании КЖ.

Выводы. По итогам анализа полученных результатов во всех трех группах необходимо отметить, что наиболее универсальным диагностическим критерием эффективности лечения является исследование симптома перемежающейся хромоты, т.к. достоверное изменение данного показателя имеется во всех трех группах. Специфичным показателем, отражающим состояние магистрального кровотока, является ЛПИ, достоверное изменение которого наблюдается только в группе реконструктивных операций. Исследование же кожной температуры и уровня SpO₂ могут быть приняты в качестве критериев для сравнительной оценки эффективности консервативного лечения и операций по неперямой реваскуляризации как специфичные методы. Исследование КЖ дает объективную оценку результатов проведенного лечения в отдаленные сроки после окончания лечения.

Литература:

1. Хирургическая тактика при дистальном поражении артериального русла нижних конечностей / Гавриленко А.В. [и др.]// *Анналы хирургии.* - 2000. - № 3. - С.54-59.
2. Савельев В.С. Критическая ишемия нижних конечностей / В.С. Савельев, В.М.Кошкин. - М.: Медицина, 1997.- 170с.
3. Савин, В.В. Сравнение показателей качества жизни у больных пожилого и старческого возраста с критической ишемией нижних конечностей после сосудисто-реконструктивных операций и ампутаций / В.В.Савин // *Ангиология и сосудистая хирургия.* - 2001. - Т. 7, №1. - С. 54-60.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЖНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ОПЕРАЦИЙ НЕПРЯМОЙ И ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Петухов А.В.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Измерение кожной температуры в I межпальцевом промежутке стопы является давно апробированным методом оценки непосредственных результатов лечения пациентов с ХОЗАНК.

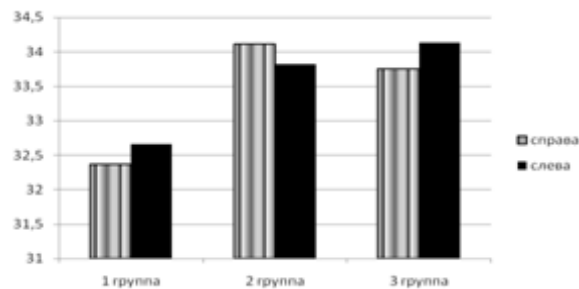
Цель исследования. Оценить непосредственные результаты консервативного лечения и операций по неперямой реваскуляризации нижних конечностей в сравнении с эталонным методом лечения - реконструктивными операциями на магистральных сосудах.

Материал и методы. Обследовано 40 пациентов, страдающих дистальным атеросклерозом и получавших лекарственную терапию (1 группа), 89 пациентов, также

Таблица 1. Сравнительные показатели кожной температуры у пациентов 1, 2 и 3 групп

	1 группа, n=40	2 группа, n=89	3 группа, n=62
Справа, °С	32,37±1,62	34,11±1,438	33,75±1,19
Слева, °С	32,66±1,59	33,82±1,525	34,13±1,009

Рис. 1. Сравнительная характеристика кожной температуры после консервативного лечения, операций неперямой и прямой реваскуляризации нижних конечностей у пациентов ХОЗАНК



с дистальными формами ХОЗАНК (2 группа), перенесших операции по неперямой реваскуляризации, а в качестве эталонной группы - 62 пациента, перенесших операции прямой реваскуляризации (3 группа).

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных были получены следующие результаты.

Из данных исследования вытекает вывод, что непосредственный результат неперямой реваскуляризации приводит к достоверно лучшим показателям кожной температуры, в сравнении с консервативным лечением.

Аналогичный результат получается и при сравнении результатов консервативного лечения и прямой реваскуляризации конечностей. Разумеется, непосредственное сравнение результатов 1 и 2 групп с 3 группой само по себе некорректно, так как это пациенты с различными уровнями поражения, однако, результаты прямой реваскуляризации могут быть использованы как эталон идеального, на сегодняшний день метода лечения ХОЗАНК.

Что же касается изменения кожной температуры в послеоперационном периоде во второй и третьей группах, то следует отметить, что несмотря на разнонаправленность показателей по правой и левой конечностям, они, в конечном итоге, близки между собой и достоверно не отличаются.

Выводы.

Операции неперямой реваскуляризации при дистальных формах ХОЗАНК атеросклеротического происхождения приводят к достоверно значимому превышению кожной температуры по сравнению с группой пациентов, получавших консервативное лечение.

Литература:

1. Зусманович, Ф. Н. Новый метод активации коллатерального кровообращения - реваскуляризирующая остеотрпанация / Ф. Н. Зусманович // *Вестн. хирургии.* - 1991. - № 5-6. - С. 114-115.
2. Савельев, В. С. Критическая ишемия нижних конечностей / В. С. Савельев, В. М. Кошкин. - М.: Медицина, 1997. - 160 с.

РЕСТЕНОЗЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БРАХИОЦЕФАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Печенкин А.А., Лызигов А.А.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Каждый год миллионам пациентов выполняются различные артериальные реконструкции, но одна треть вновь сформированных артериальных анастомозов закрываются в течение 12 месяцев. Количество рестенозов после реконструкции каротидной бифуркации только в раннем послеоперационном периоде составляет 0,5-4,9% [1]. В отдаленном послеоперационном периоде рестенозы после операции каротидной эндартерэктомии с использованием различного вида заплат выявляются у 7,9 - 29% больных [2], что говорит об отсутствии оптимального материала.

Цель. Анализ отдаленных послеоперационных результатов после каротидной эндартерэктомии в зависимости от вида используемого для пластики материала.

Материал и методы. Нами обследовано 36 человек, оперированных в отделении сосудистой хирургии Гомельского клинического кардиологического диспансера за 2008 год. Всем пациентам выполнялась каротидная эндартерэктомия "классическим" способом с использованием венозной заплаты из большой подкожной вены (17 чел. (47,2%)) и заплаты ПТФЭ (19 чел. (52,8%)). Средний возраст пациентов 62,3±8 лет. Показаниями к операции являлся гемодинамически значимый стеноз или нестабильная бляшка (по данным УЗИ).

Результаты и обсуждение. У всех пролеченных больных хроническая недостаточность мозгового кровообращения составляла 2-4 степени (по А.В.Покровскому, 1979). Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений со стороны ЦНС.

Были получены следующие результаты:

С использованием заплаты из ПТФЭ:

— у 5 человек (26,3%) признаков стенозирования в зоне каротидной эндартерэктомии не было выявлено и скорость кровотока определялась в пределах нормы (0,4-0,8 м/с).

— у 10 человек (52,8 %) процент рестеноза составил 15%-35 %, скорость кровотока - в пределах нормы (0,4-0,8 м/с).

— у 3 человек (15,7%) процент рестеноза составил от 35%-50% и скорость кровотока также определялась в пределах от 0,6-1,1 м/с.

— у 1 человека (5,2%) процент рестеноза составил 67% и скорость кровотока была 1,8 м/с. Больной повторно оперирован.

С использованием аутовенозной заплаты из БПВ.

— у 6 человек (35,3%) признаков стенозирования в зоне каротидной эндартерэктомии не было выявлено и скорость кровотока определялась в пределах нормы (0,4-0,8 м/с).

— у 10 человек (53,1%) процент рестеноза составил от 15% до 35 %, скорость кровотока - также в пределах нормы (0,4-0,8 м/с).

— у 2 человек (11,6 %) процент рестеноза составил от

35% до 50% и скорость кровотока также определялась в пределах от 0,6-1,2 м/с.

У всех обследованных протяженность рестеноза не превышала протяженность первичного стеноза.

Выводы.

1. На сегодняшний день при всех успехах оперативного лечения атеросклероза брахиоцефальных артерий проблема рестенозирования остается актуальной.

2. Пациенты после каротидной эндартерэктомии должны быть на диспансерном учете.

3. УЗИ контроль должен осуществляться через 6 месяцев после оперативного лечения.

4. Результаты применения БПВ в качестве заплаты лучше, чем при применении ПТФЭ, однако далеки от идеала.

5. Дальнейший поиск пластического материала по-прежнему актуален.

Литература:

1. Duplex imaging findings predict stenosis after carotid endarterectomy / J. Golledge [et al.] // J. Vase Surg. - 1997. - Vol. 26, N 1. - P. 43-48.

2. Рестенозы сонных артерий в отдаленные сроки после каротидной эндартерэктомии / А. В. Покровский [и др.] // Материалы 8 Всерос. съезда сердеч.-сосуд. хирургов. - М., 2002. - С. 126.

3. Фокин, Ал. Ан. Причины и лечебно-диагностическая тактика при поздних острых нарушениях мозгового кровообращения после хирургического лечения / Ал. Ан. Фокин, С. А. Глазырин, Д. И. Алехин // Ангиология и сосуд. хирургия. - 2003. - Т. 3. - Прил. - С. 318-319.

ИШЕМИЯ КИШЕЧНИКА - ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ХИРУРГИИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Протасевич П.В., Кулик А.С., Заяц Г.В., Кисиль С.П., Новиков Д.О., Соколов К.М., Леванович В.Н., Гетманов Д.М., Лобан Д.Е.
УЗ "Могилевская областная больница",
г. Могилев, Республика Беларусь.

Актуальность. Рост распространенности окклюзионно-стенозических поражений аорто-подвздошного сегмента, часто встречающихся у лиц трудоспособного возраста и требующих выполнения хирургических вмешательств на брюшном отделе аорты, делает весьма актуальной проблему послеоперационных осложнений при данных операциях. Ишемия кишечника, особенно его левой половины - хорошо известное осложнение после оперативных вмешательств на брюшной аорте и ее ветвях. Частота данного осложнения колеблется по данным различных авторов, от 1,1 до 15% случаев. Истинная же встречаемость может быть выше, что подтверждают данные, полученные при применении активной тактики с обязательной сигмоскопией и рН-метрией [1]. Так ишемический колит выявляют в 4,5-8,9% после плановых операций и от 15 до 60% после вмешательств по поводу разорвавшейся аневризмы брюшной аорты.

Цель. Целью работы являлся анализ послеопе-

рациональных ишемических осложнений со стороны кишечника после оперативных вмешательств на брюшном отделе аорты.

Материал и методы. В 2006-2009 годах врачами отделения хирургии сосудов Могилевской областной больницы выполнено 253 хирургических вмешательства на брюшном отделе аорты, в том числе 130 операций по поводу синдрома Лериша и 123 резекции аневризм брюшной аорты с ее протезированием (в том числе 54 - по поводу разрывов аневризм). Было прооперировано 45 женщин и 208 мужчин (соотношение - 1:4,6). Возраст больных составил 54,7 лет (от 34 до 89 лет). Выполнено 113 аорто-бедренных шунтирований (в 27 случаях - односторонние, в 86 случаях - бифуркационные), у 140 пациентов выполнено протезирование брюшной аорты (в 32 случаях - линейное, в 108 случаях - бифуркационное). При выполнении шунтирующих операций нижняя брыжеечная артерия имплантирована в сосудистый протез в 1 случае, при выполнении резекций аневризм брюшной аорты - у 39 пациентов.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде ишемия кишечника развилась в 19 случаях (7,5%). В большинстве случаев (12 пациентов - 63,2 %) вышеуказанное осложнение сопровождало выполнение экстренных операций по поводу разрывов аневризм брюшной аорты. У большинства пациентов (16) отмечалось развитие ишемии левой половины толстого кишечника, в 2 случаях развились нарушения кровообращения в системе верхней брыжеечной артерии, у 1 пациента - нарушение висцерального кровообращения в системах обеих брыжеечных артерий и чревного ствола. При анализе нами не выявлено корреляции между частотой развития ишемии левой половины толстого кишечника и реваскуляризацией нижней брыжеечной артерии. Следует отметить, что в большинстве случаев (15 - 78,9%) висцеральная ишемия развивалась после оперативных вмешательств, сопровождавшихся выраженными колебаниями гемодинамики при снятии зажима с инфраренальной аорты и нестабильностью гемодинамических показателей в послеоперационном периоде. При патологоанатомических исследованиях умерших пациентов отмечено, что только в 1 случае нарушение кровообращения в системе верхней брыжеечной артерии развилось на фоне ее критического атеросклеротического стеноза, что позволяет предположить, что причиной мезотромбоза явились резкие колебания гемодинамики и развитие синдрома "обкрадывания" брыжеечного кровотока. Ишемия левой половины толстого кишечника во всех случаях потребовала выполнения операции Гартмана. Летальность при поражении левой половины толстой кишки составила 37,5 %. Развитие ишемии в бассейне верхней брыжеечной артерии во всех случаях приводила к обширному некрозу петель тонкого кишечника, что сопровождалось 100% летальностью.

Выводы.

1. Ишемия кишечника является тяжелейшим осложнением операций на брюшном отделе аорты, сопровождающимся высокими цифрами летальности.

2. Большинство ишемических осложнений отмечается при выполнении операций, сопровождающихся гемодинамической нестабильностью пациента в интра- и послеоперационном периодах.

3. Необходимо проведение дальнейших исследований для уточнения роли реваскуляризации нижней брыжеечной артерии в профилактике ишемии кишечника.

Литература:

1. Bjorck, M. *Incidence and Clinical Presentation of Bowel Ischaemia After Aortoiliac Surgery - 2930 Operations from a Population-based Registry in Sweden* / M. Bjorck, D. Bergqvist, T. Troeng // *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. - 1995.

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГРУДНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Протасеевич П.В., Бувевич Д.В., Соколов К.М.
УЗ "Могилевская областная больница",
г. Могилев, Республика Беларусь*

Актуальность. Несмотря на то, что грудная симпатэктомия была изначально предложена для лечения вазоспастических заболеваний верхних конечностей, в настоящее время она используется преимущественно для лечения гипергидроза кистей [1, 2]. В последние годы торакоскопическая симпатэктомия применяется нами в лечении пациентов с критической ишемией верхних конечностей.

Цель. Целью работы являлся анализ результатов применения торакоскопической симпатэктомии у пациентов, страдающих критической ишемией верхних конечностей.

Материал и методы. В 2006-2009 годах у 12 пациентов, страдавших хронической критической ишемией верхних конечностей, нами была выполнена торакоскопическая симпатэктомия. У 8 больных причиной ишемии была вазоспастическая патология, в 2 случаях - постэмболическая ишемия кисти, у 2 пациентов - облитерирующий эндартериит. У 9 пациентов отмечался выраженный болевой синдром, у 3 пациентов были изъязвления дистальных фаланг пальцев. Во всех случаях показанием к операции являлась неэффективность проводившегося консервативного лечения при отсутствии условий для выполнения реконструктивной операции на сосудах (облитерация дистального сосудистого русла, по данным ангиографического исследования). Возраст больных составил 41,5 года. Все оперированные пациенты были мужчинами. При выполнении хирургического вмешательства производилось удаление 2 и 3 грудных симпатических ганглиев. Для контроля адекватности симпатэктомии применялась интраоперационная пальмарная термометрия. Отдаленные результаты выполненных вмешательств оценивались при контрольном осмотре через 4-6 месяцев после операции.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде эффект операции в виде повышения температуры кисти был отмечен в 83% случаев (все пациенты с болями в покое и 1 больной с изъязвлениями). У 2 пациентов с некротическими изменениями дистальных

фаланг пальцев кистей эффект от вмешательства в виде повышения температуры отсутствовал, что ассоциировалось с плохими отдаленными результатами вмешательства - пациенты перенесли ампутацию пальцев через 2 и 5 месяцев после операции вследствие сохранявшегося выраженного болевого синдрома и прогрессирувавших некротических изменений тканей. Не было отмечено таких послеоперационных осложнений, как синдром Горнера, пневмоторакс, гемоторакс или хилоторакс. Отдаленные результаты были удовлетворительными (стабилизация течения заболевания с исчезновением или уменьшением болей, заживлением изъязвлений) в 75% случаев. Предиктором хороших ближайших и отдаленных результатов операции являлось повышение температуры кистей после операции на 1,5-2° (по данным пальмарной термометрии).

Выводы.

Видеоэндоскопическая верхнегрудная симпатэктомия является достаточно эффективным и безопасным методом лечения пациентов с хронической критической ишемией верхних конечностей при неэффективности проводимого консервативного лечения и отсутствии условий для выполнения хирургической реваскуляризации.

Литература:

1. Binder, A. *Palmar thermometry for intraoperative success control of thoracic symp-pectomy* / A. Binder, G. Friedel, H. Toomes // *Thorac. Cardiovasc. Surg.* - 1993. - Vol. 41, N 4. - P. 242-244.

2. Friedel, G. *Selective video-assisted thoracoscopic sympathectomy* / G. Friedel, A. Binder, H. Toomes // *Thorac. Cardiovasc. Surg.* - 1993. - Vol. 41, N 4. - P. 94R-94R.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ АБДОМИНАЛЬНОЙ АОРТЫ

Рыбаков Г.В., Лызилов А.А., Бонцевич Д.Н., Печенкин А.А., Маслянский Б.А., Медведский М.А., Печенкин А.Б., Тхекепадикаль В.С., Гришина И.И. У "Гомельский областной клинический кардиологический диспансер", УО "Гомельский государственный медицинский университет", г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на значительные успехи в хирургическом опыте и анестезии, ситуация при разрывах аневризм остается практически неизменной. Летальность составляет в среднем от 40 до 70% [1]. Большой разброс показателей летальности позволяет предположить наличие множества факторов, влияющих на исход заболевания [2].

Цель. Выработка оптимальной тактики лечения пациентов с аневризмой абдоминальной аорты (ААА) как в плановом порядке, так и по линии санитарной авиации.

Материал и методы. Нами проанализировано 110 историй болезни больных, оперированных в отделении

и 39 записей в журнале экстренных вызовов по санавиации. Всего проанализировано 149 пациентов в возрасте 68+12,3 лет за период исследования (с 01.01.2006 г. по 31.12.2009 г.). Из общего числа оперированных пациентов мужчины составили 142 человека (95,3%), женщины - 7 человек (4,7%).

Выполнено 149 операций по поводу ААА. Плановые операции выполнены в 93 случаях (62,4%). По экстренным показаниям прооперировано 56 пациентов (37,6%), из которых в диспансере 17 случаев (30,4%) и в других больницах 39 случаев (69,6%).

Результаты и обсуждение. На базе нашего отделения все операции закончились протезированием измененного участка аорты и подвздошных артерий. Эксплоративная лапаротомия и ревизия аневризмы не выполнялась, что обусловлено широкими возможностями предоперационного обследования пациентов.

При выезде в другие больницы имели место ревизии аневризм абдоминальной аорты в 4 случаях, что составило 10,2%. В 89,8% случаев выполнялась резекция ААА с протезированием.

Послеоперационные осложнения статистически оценены только в диспансере. В послеоперационном периоде имели место осложнения у 20 пациентов (18,2%). Острая почечная недостаточность в 5 (25%) случаях, ДВС-синдром в 2 (10%) случаях, эвентрация кишечника в 3 (15%) случаях, забрюшинная гематома в 2 (10%) случаях, ОПН в сочетании с кровотечением в 1 (5%) случае, кровотечение из проксимального анастомоза в 1 (5%) случае, эвентрация в сочетании с некрозом кишки в 1 (5%) случае, забрюшинная гематома в сочетании с эвентрацией в 1 (5%) случае, ОПН в сочетании с гангреной кишки в 1 (5%) случае, тромбоз бедренной артерии с гангреной ноги в 1 (5%) случае, лимфорей в 2 (10%) случаях. В период с 2006г. по 2009г. учет осложнений в других стационарах нами не был налажен.

Из осложнений, приведших к летальным исходам у больных, оперированных в отделении в плановом порядке, в 2 (66,6%) случаях была ОПН, в 1 (33,3%) случае массивная кровопотеря. У пациентов, оперированных по экстренным показаниям в отделении, причиной смерти в 2 (40%) случаях послужила ОПН, в 2 (40%) случаях дооперационная кровопотеря более 50% ОЦК и в 1 (20%) случае ДВС-синдром.

Послеоперационная летальность после операций резекций аневризм в отделении составила 7,2% (8 человек). В отношении плановых операций летальность составила 3,2% (3 человека). При экстренных операциях летальность составила 29,4% (5 человек).

Летальность после резекций аневризм в выездных условиях более высокая, что может быть обусловлено:

1. Изначально тяжелым состоянием пациентов.
2. Все операции на выезде выполняются по экстренным и жизненным показаниям на фоне высокой дооперационной кровопотери.

В отношении оперированных пациентов (39 человек) послеоперационная летальность составила 56,4% (22 человека).

Выводы.

1. Оптимальным хирургическим лечением ААА является операция в плановом порядке. Это возможно при своевременном выявлении и динамическом диспан-

серном наблюдении у ангиохирурга.

2. Мы считаем, что при любых сомнениях в диагнозе осложненной ААА решение должно быть в пользу агрессивной тактики.

Литература:

1. *Statins are associated with a Reduced infrarenal abdominal aortic aneurysm growth / O. Schouten [et al.] // European J. of Vascular and Endovascular Surgery. - 2006. - Vol. 32. - P. 21-26.*

2. *Thrombus within an aortic aneurysm does not reduce pressure on the aneurysmal wall / G. W. Schurink // J. Vase Surg. - 2000. - Vol. 31, N 3. - P. 501-506.*

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ СТЕНТГРАФТИНГ В ХИРУРГИИ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Савицкий С.Э., Цилиндзь А.Т., Васильчук Л.Ф., Василевский В.П., Кардис А.И.
УЗ "Гродненская областная клиническая больница",
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Хирургическое лечение хронических аневризм брюшной аорты актуально в связи с неблагоприятным прогнозом болезни при ее естественном течении [2]. Возникновение осложненного течения аневризматических поражений (расслоение стенки аорты или ее разрыв) непосредственно угрожают жизни при отсутствии экстренной хирургической помощи или возможных сегодня альтернативных эндоваскулярных манипуляций [1].

Цель. Анализ и возможность улучшения результатов хирургического лечения аневризм брюшной аорты на основании внедрения инновационных миниинвазивных технологий и оптимизации диагностическо-лечебного комплекса патологического процесса.

Материал и методы. С 2001 по май 2010 гг. в сосудистом отделении клиники оперировано 106 больных аневризмами брюшной аорты (у трех пациентов из них в течение последнего года осуществлен эндолюминальный стентграфтинг). 65 пациентам хирургические и миниинвазивные вмешательства выполнялись в плановом порядке. Осложненные аневризмы экстренно оперированы у 41 больного.

Результаты и обсуждение. Резекция аневризмы с протезированием аорты произведена в 12 случаях, с бифуркационным аорто-общеперитонеальным протезированием у 91 оперированного. В рамках осуществления инновационных приемов в медицинской практике в течение последнего года у 3 пациентов стала возможной коррекция аневризмы интервенционным эндоваскулярным стентграфтингом с помощью эндопротезной системы Gore Excluder AAA (USA). Лица с неосложненными аневризмами оперированы планово после комплексной предоперационной подготовки на 3-8 сутки с момента поступления. Длительность оперативного

вмешательства составила 240 ± 15 мин. При осложненных аневризмах операция выполнялась в сроки от 6 до 36 часов, средняя продолжительность хирургического лечения 300 ± 10 мин. В абсолютном большинстве данный вид ангиохирургии сопровождался умеренной (500-700 мл) или значительной (1,5-2,0 л) потребовавшей гетерогенной компенсации кровопотерей, проводились мероприятия по устранению гиповолемии. Течение раннего послеоперационного (2-3, а у некоторых и до 5-7 суток) периода, как правило, было тяжелое, сопровождавшееся пролонгированной интенсивной терапией в условиях реанимационного стационара. В то же время процедура внутрисосудистого стентграфтинга аневризматического расширения брюшной аорты осуществлялась в кабинете рентгенэндоваскулярной хирургии под спинномозговой анестезией из нетравматичного бифеморального оперативного доступа. Ее длительность в наших наблюдениях составила $110 + 10$ мин. С первых часов после имплантации больные были мобильны в постели, а на вторые сутки в палате и в пределах отделения.

В раннем послеоперационном периоде осложнения тромботического генеза развились у 9 (8,8%) больных, оперированных стандартным хирургическим способом, что потребовало повторных операций. Летальность в группе плановых хирургических вмешательств составила 9,2% (умерло 6 оперированных). Умерло 26 (63,4%) пациентов, оперированных экстренно при развившихся гемодинамических осложнениях аневризматического процесса. Все пациенты, перенесшие аорто-бифеморальный стентграфтинг, выписаны на 5-7 сутки неосложненного периода после эндоваскулярной процедуры с полной компенсацией и коррекцией гемодинамики в зоне аневризматического расширения.

Выводы. Первый опыт применения стентграфтинга аневризматических трансформаций аорты позволяет оценить безусловные преимущества методики (малотравматичность, продолжительность манипуляции и стационарного периода после нее, общий послеоперационный статус больного, отсутствие этапа интенсивной реанимационной терапии и др.). Еще более значимый эффект и результат позволит получить интервенционный, эндоваскулярный способ в случаях его применения при осложненных аортальных трансформациях (разрывы, расслоения стенки).

Литература:

1. *Endovascular grafting for abdominal aortic aneurysms: changing incidence and indication for conversion to open operation / J. May [et al.] // Cardiovasc. Surg. - 1998. - Vol. 6, N 2. - P. 194-197.*

2. *Emergency of non-ruptured AAA / S. Soisalon-Soininen [et al.] // Ann. Chir. Gynaecol. - 1999. - Vol. 88, N 1. - P. 38-43.*

АУТОПЛАЗМА, ОБОГАЩЕННАЯ ТРОМБОЦИТАМИ, В ЛЕЧЕНИИ СУБКРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Суковатых Б.С., Орлова А.Ю.
Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Российская Федерация

Актуальность. Известно, что в тромбоцитах в большом количестве содержатся факторы роста, стимулирующие образование новых сосудов [1].

Цель. Анализ применения аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в комплексном лечении хронической субкритической ишемии нижних конечностей.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов обследования и лечения 30 больных с хронической ишемией нижних конечностей, причиной которой был облитерирующий атеросклероз, находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии МУЗ ГКБ СМП г. Курска в 2008-2009 гг. Все пациенты были мужского пола в возрасте от 48 до 72 лет и имели субкритическую ишемию одной из нижних конечностей. Продолжительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 лет и составила в среднем $6,5 \pm 0,5$ года. В одну из нижних конечностей, более ишемизированную (исследуемую) под ультразвуковым контролем вводилась аутоплазма, обогащенная тромбоцитами, по ходу глубокой бедренной и подколенной артерий. Нижняя конечность, менее ишемизированная, в которую аутоплазма не вводилась, стала контрольной. Технология изготовления и лечения аутоплазмой, обогащенной тромбоцитами, заключается в следующем. В асептических условиях перевязочной у пациента из локтевой вены забираем 500,0 крови в специальные контейнеры "Темокон", предназначенные для забора донорской крови. Полученную кровь центрифугируем при скорости 1 тысячи оборотов в минуту в течение 10 минут и помещаем в плазмо-экстрактор, с помощью которого плазма отделяется от эритроцитарной массы в отдельный контейнер. В результате этого получаем аутоплазму, обогащенную тромбоцитами, которую набираем в одноразовые шприцы по 50 мл. Под местной анестезией берем иглу со шприцем с заранее набранной аутоплазмой и под ультразвуковым контролем продвигаем по ходу глубокой бедренной артерии, распределяя аутоплазму в рядом расположенных мышцах и создавая вокруг нее аутоплазмоинфильтрат объемом 100 мл. Затем больного

переворачиваем на живот. После этого ультразвуковым датчиком лоцируем подколенную артерию. Берем иглу со шприцем с заранее набранной аутоплазмой и под ультразвуковым контролем продвигаем по ходу подколенной артерии, распределяя аутоплазму вокруг нее в мягких тканях, также создавая аутоплазмоинфильтрат объемом 100 мл. Диагностическая программа включала реовазографию, фотоплетизмографию, доплерографию, ультразвуковое ангиосканирование. Об эффективности лечения судили по динамике реовазографического индекса (РИ), лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), фотоплетизмографического индекса (ФИ), которые определяли до и через 6 месяцев после лечения у больных на обеих нижних конечностях.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования периферической гемодинамики и микроциркуляции представлены в таблице.

Из таблицы видно, что инструментальные показатели статистически достоверно не отличались в контрольных нижних конечностях до и через 6 месяцев после стандартного лечения, а в исследуемых конечностях отмечались достоверные различия по показателям в сравнении с периодом до клеточной терапии.

Выводы. Доказанная эффективность позволяет рекомендовать применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в комплексном лечении хронической субкритической ишемии нижних конечностей.

Литература:

1. Давыденко, В. В. Стимулированный ангиогенез - новое направление в лечении при ишемических состояниях / В. В. Давыденко, В. М. Мачс // Вестн. хирургии. - 2000. - № 4. - С. 117-120.

ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОЗДНИХ ТРОМБОЗОВ АЛЛОТРАНСПЛАНТАНТОВ

Уханов А.П., Ченцов В.И., Шкурин В.Ф., Шкурин Ф.В.
Институт медицинского образования НовГУ,
г. Великий Новгород,
Российская Федерация

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с облитерирующими поражениями аорто-

Таблица. Динамика показателей периферической гемодинамики и микроциркуляции у больных с хронической ишемией после лечения аутоплазмой, обогащенной тромбоцитами (n=30)

Показатели гемодинамики и микроциркуляции	До лечения		После лечения	
	Контрольная конечность	Исследуемая конечность	Контрольная конечность	Исследуемая конечность
РИ	0,47±0,06	0,29±0,05*	0,49±0,07	0,41±0,06**
ЛПИ	0,73±0,15	0,55±0,13*	0,73±0,15	0,7±0,14**
ФИ (%)	47,5±2,1	39,35±2,4*	48,5±2,1	46,55±4,6**

Примечание: * - $p < 0,05$ между показателями в исследуемой и контрольной конечности до лечения;
** - $p < 0,05$ между показателями в исследуемой конечности после и до лечения.

бедренного сегмента за счет использования повторных реконструктивных вмешательств в отдаленные сроки.

Материал и методы. В сроки наблюдения с 1984 по 2009 г. выполнено 1579 реконструктивных операций по поводу атеросклеротической окклюзии аорто-подвздошно-бедренного сегмента. У 135 (8,6%) больных возникла поздняя тромботическая реокклюзия реконструированного сегмента, потребовавшая повторной операции в сроки до 4 лет.

У 96 (71,4%) из 135 больных тромбоз наступил в первые 2 года после первичной операции. В зависимости от характера клинических проявлений: острые тромбозы с быстро прогрессирующей картиной нарастания декомпенсации кровообращения (16 больных, или 11,9%), подострые тромбозы с субкомпенсированной ишемией конечности (51 больной, или 38,1%) и собственно реокклюзии, когда ишемия развивается на фоне постепенного стенозирования анастомоза и дистального сосудистого русла, имеет стабильную хроническую форму (68 больной, или 50%). Вышеуказанные особенности позволили у большинства больных провести полноценное предоперационное обследование и подготовку и выполнить операцию в плановом порядке.

Характер повторных реконструктивных вмешательств у больных с поздними реокклюзиями представлен был следующий: тромбэктомия с реконструкцией анастомоза у 45 (33,3%), бедренно-подколенное шунтирование у 23 (17,1%), аортобифemorальное шунтирование у 26 (19,3%), линейное аорто-бедренное шунтирование у 20 (14,8%), подвздошно-бедренное шунтирование у 7 (5,2%), перекрестное бедренно-бедренное шунтирование у 14 (10,3%).

Результаты и обсуждение. Среди 135 оперированных больных с поздними реокклюзиями умерли 10 (7,4%). У 16 (11,9%) пациентов произведена ампутация конечности в связи с неэффективностью реконструктивной операции. Положительный непосредственный результат с сохранением функции эксплантата и регрессией ишемии конечности достигнут у 109 (80,7%) больных.

Выводы. Таким образом, использование повторных реконструктивных вмешательств при тромботической реокклюзии аорто-бедренного сегмента в отдаленные сроки наблюдения позволило улучшить качество жизни больных и сохранить конечность у 80,7% больных.

ТРОМБИРОВАНИЕ ПРОТЕЗОВ КАК ПРИЧИНА ПОВТОРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АОРТО- БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Уханов А.П., Ченцов В.И., Шкурин В.Ф., Шкурин Ф.В.
Институт медицинского образования НовГУ,
г. Великий Новгород,
Российская Федерация

Цель. Оценка результатов повторных оперативных вмешательств на аорто-бедренном сегменте в результате тромбоза аллотрансплантатов в специализированных

отделениях многопрофильных больниц.

Материалы и методы. В отделениях хирургии сосудов Новгородской и Псковской областей за период с 1984 по 2009 г. выполнено 1579 реконструктивных операций по поводу атеросклеротической окклюзии аорто-бедренного сегмента. У 51 (3,2%) больных возникла ранняя тромботическая реокклюзия реконструированного сегмента, потребовавшая повторной операции. Сроки наблюдения больных - от 1 мес до 3 лет.

Результаты и обсуждение. Среди 51 больного с ранними тромбозами у 47 (92,2%) нарушения кровотока развились в первые 2 суток после операции. Показанием к операции считали исчезновение пульсации в паховой области. Причиной данного осложнения у большинства больных явилось затруднение тока крови в результате технических и тактических ошибок. У 9 пациентов в генезе тромбоза были неустойчивость гемодинамики или нарушение реологических свойств крови.

У 38 больных выполнена тромбэктомия из бранши протеза и произведена эндартерэктомия из глубокой артерии бедра (ГАБ) с целью улучшения путей оттока. У 9 в связи с недостаточным кровотоком по системе ГАБ дополнительно произведено аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование, у 4 больных при тромбозе бранши протеза наложен перекрестный бедренно-бедренный шунт.

Непосредственные положительные результаты повторных вмешательств при ранних тромбозах с сохранением функции эксплантата и регрессией ишемии конечности отмечены у 39 больных. У 7 больных выполнена ампутация конечности в связи с ретромбозом и прогрессирующей ишемией. Умерли 5 больных.

Отдаленные результаты в сроки от 6 мес до 3 лет после повторной операции прослежены у 34 пациентов. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 23 (65,9%) больных.

Выводы. Таким образом, повторные реконструктивные операции на аорто-бедренном сегменте у больных с ранними реокклюзиями являются эффективным средством сохранения функции ранее оперированной конечности, улучшают качество жизни больных с окклюдированными заболеваниями артерий конечностей. Тщательная предоперационная подготовка и уменьшение технических ошибок позволят улучшить непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения, снизить количество ампутаций.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРОМБОЗОВ И РЕОККЛЮЗИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ СОСУДИСТЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ

Цилиндзь А.Т., Батвинков Н.И., Василевский В.П.,
Черный Д.В., Горячев П.А., Труханов А.В., Почобут ЕМ.
УЗ "Гродненская областная клиническая больница",
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Постоянно увеличивающимся количеством больных, перенесших реконструктивные операции, тяжело протекающими рецидивными ишемическими проявлениями, трудностью выбора способа повторной операции обусловлена необходимость адекватной оценки их результатов [2]. Представляется перспективным научное обоснование выбора эффективных методов и объема очередной операции для снижения количества специфических интра- и послеоперационных осложнений способов [1].

Цель работы являлось изучение непосредственных результатов повторных реконструктивных операций при реокклюзионных поражениях аорты и магистральных артерий нижних конечностей с рецидивом тяжелой ишемии тканей.

Материал и методы. В течение последних 9 лет первичные артериальные реконструкции выполнены у 627 больных. За этот же период повторные сосудистые операции в связи с возвратом ишемии произведены у 146 пациентов. 61 больному первичная операция производилась в аорто-подвздошной, у 63 в бедренно-берцовой зоне и ещё 12 пациентов перенесли "двухэтажную" реконструкцию. Тромбозы и реокклюзии развились в сроки от 1 мес. до 17 лет после первичной операции. В 47 наблюдениях тромбоз протекал с клинической картиной острой артериальной недостаточности, в остальных 99 нарастание клиники проявлялось развитием хронической критической ишемии конечностей. Выбор метода повторной реконструкции всегда был индивидуален, определялся в первую очередь, характером первичной операции и состоянием дистального сосудистого русла, а также выраженностью ишемии тканей и соматическим статусом больного.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у 24 оперированных больных (16,4%) развились осложнения, потребовавшие выполнения повторных хирургических вмешательств (1-кровотечение из анастомоза, 22-тромбоз, 1 дистальная эмболия). Кровотечение остановлено путем наложения дополнительных швов, в случае раннего тромбоза зоны реконструкции выполнялись повторные тромбэктомии с попыткой улучшить пути оттока. У 12 пациентов адекватная реваскуляризация конечности не достигнута и произведена ампутация (8,2%). Конечность в функциональном состоянии удалось сохранить у 129 больных (88,3%), летальность составила 3,4% (5 случаев). Причиной смерти явились острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая почечная недостаточность,

полиорганная недостаточность, геморрагический шок и прогрессирующая интоксикация. Вышеуказанные показатели (процент осложнений, процент ампутированных конечностей, летальность) оказались выше таковых в группе больных, перенесших первичные реконструкции (8,4%, 3,2%, 1,6% соответственно).

Выводы. Активная хирургическая тактика у больных возвратом тяжелой ишемии позволяет в 88,3% случаев сохранить обреченную на ампутацию конечность. Достаточно высокий уровень послеоперационных осложнений и летальности ещё раз указывают на актуальность проблемы и необходимость дальнейшей оптимизации тактического алгоритма с целью улучшения результатов повторных сосудистых реконструкций.

Литература:

1. Исмаилов, Н. Б. Ранние и поздние осложнения артериальных реконструкций у геронтологических больных / Н. Б. Исмаилов, А. В. Веснин // *Ангиология и сосуд. хирургия*. - 2008. - Т. 14, № 1. - С. 122-126.
2. Tangelder M.J. Risk factors for occlusion of infrainguinal bypass grafts / M. J. Tangelder [et al.] // *Eur. J. Vase. Endovasc. Surg.* - 2000. - Vol. 20, N 2. - P. 118-124.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Янушко В.А., Ладыгин П.А., Турлюк Д.В.,
Черноглаз П.Ф., Максимчик А.В.
ГУ "Республиканский научно-практический центр
"Кардиология",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Хроническая критическая ишемия нижних конечностей чаще всего развивается у пациентов с многоуровневым поражением артериального русла нижних конечностей. Хирургическое лечение этой категории пациентов является одной из наиболее актуальных и дискуссионных проблем. Одним из вариантов которого являются "гибридные" операции. Классическим примером последнего является одномоментное рентгенэндоваскулярное вмешательство и открытая хирургическая операция.

Цель. Определить возможности и оценить непосредственные результаты "гибридной" технологии в лечении пациентов с критической ишемией нижних конечностей при многоуровневых окклюзирующих поражениях бедренно-подколенно-берцового сегмента нижних конечностей.

Материал и методы. За период с декабря 2009 г. по апрель 2010 г. на базе РНПЦ "Кардиология" и "УЗ 4-я ГКБ им. Н.Е. Савченко" г. Минска проведено 10 операций с использованием "гибридных" технологий, т.е. с применением открытых традиционных реваскуляризирующих операций на бедренно-подколенном сегменте и рентгенэндоваскулярной баллонной ангио-пластики и стентирования артерий голени.

В структуре пациентов: мужчины (8)-средний возраст 66±9,5 года и женщины (2) -60±9 года. Все больные (100%)

имели четвёртую стадию заболевания по классификации Фонтейн-Покровского. При обследовании выявлен мультифокальный атеросклероз с преимущественным поражением артерий нижних конечностей, а так же коронарных и каротидных артерий.

Для определения тактики "гибридного" хирургического лечения-выполнялось дуплексное ультразвуковое сканирование с помощью аппарата SIMENS Sonoline G 60S и ангиография артерий нижних конечностей. При ультразвуковом исследовании измерялись линейные и объёмные скорости кровотока проксимальные места окклюзии и в дистальных отделах берцовых артерий, а так же ЛПИ. Средние значения ЛПИ составили $0,43 \pm 0,19$; ЛСК $10,4 \pm 1,5$ см/с; ОСК $4,5 \pm 2$ мл/мин.

У всех больных выявлены окклюзии поверхностной бедренной, подколенной, одной или двух берцовых артерий. Пути оттока по классификации Рутерфорд составляли более 8 баллов.

Хирургический этап выполнялся под спинальной анестезией. Рентгенэндоваскулярный этап выполнялся одновременно через аутовенозный шунт для эндоваскулярной баллонной ангиопластики берцовых артерий в зонах окклюзии и критических стенозов при помощи пункционной катетеризации бедренных артерий выше проксимального анастомоза. Показания к рентгенэндоваскулярному этапу определяли с учётом рекомендаций трансатлантического консенсуса (TASC II, 2007) [1].

Критериями хирургического успеха считали восстановление прямого артериального кровотока в дистальные отделы голени и стопы. Период наблюдения составил около трёх месяцев.

Результаты и обсуждение. У семерых пациентов дистальные анастомозы были сформированы с подколенной артерией с одномоментной баллонной ангиопластикой одной или двух берцовых артерий, у одного пациента дистальный анастомоз сформирован с тибіоперинеальным стволом с одномоментной баллонной ангиопластикой одной берцовой артерии.

Одному пациенту выполнено ОБА-ПКА шунтирование и эндоваскулярное бифуркационное стентирование дистальной части подколенной артерии. Обширный дефект мягких тканей голени закрыт свободным перфорированным кожным трансплантатом через один месяц после восстановления гемодинамики нижних конечностей.

Еще одному пациенту-выполнено ОБА-ПКА шунтирование и эндоваскулярное билатеральное стентирование подвздошных артерий. В качестве шунта использовалась аутовена "in situ".

Непосредственный успех хирургического вмешательства достигнут у всех пациентов. Средняя длительность хирургического этапа составила 125 мин. Время эндоваскулярного этапа составила 60 мин.

У всех прооперированных пациентов восстановлен магистральный кровоток, жизнеспособность нижних конечностей сохранена, клинические проявления критической ишемии, в том числе и трофические нарушения купированы. Среди пациентов с тремя окклюзированными берцовыми артериями непосредственный успех составил 100%.

Прирост ЛПИ составил в среднем $0,58 \pm 0,2$; ЛСК в среднем в дистальных отделах берцовых артерий

составила $54,4 \pm 10$ см/с; ОСК $56,4 \pm 12$ мл/мин. Всем пациентам удалось сохранить конечность. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

За период наблюдения проходимость шунтов и реканализированных берцовых артерий сохранена, рецидива критической ишемии не наблюдалось.

Выводы. Данный вид реконструкции приводит к снижению количества осложнений непосредственно и в ближайшем послеоперационном периоде. Достигнутый технический результат, как со стороны хирургического, так и эндоваскулярного этапа, позволит расширить показания к хирургическому лечению пациентов с многоуровневыми окклюзионно-стенотическими поражениями бедренно-подколенно-берцового сегмента и критической ишемией нижних конечностей.

Литература:

1. *Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II), Nehler, 12 December 2006 / L. Norgren [et al.] // European journal of vascular & endovascular surgery. - 2007. - Vol. 33. - Is. 1. - Suppl. - P. S1-S75.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИБРИДНОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМ ДУГИ И НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

Янушко В.А., Турлюк Д.В., Михневич В.Б., Черноглаз П.Ф.
РНПЦ "Кардиология",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Учитывая риск периоперационных осложнений и высокую летальность при классическом хирургическом лечении грудных аневризм, эндоваскулярные и гибридные технологии могут стать методом выбора в хирургии грудной аорты.

Цель работы. Оценить возможность, эффективность и непосредственные результаты коррекции аневризм дуги и нисходящей аорты гибридным методом.

Материал и методы. В РНПЦ "Кардиология" в период с сентября 2005 г по июль 2010, с применением гибридного метода было прооперировано 17 пациентов с аневризмами дистального отдела дуги аорты и её нисходящей части. Из них, два пациента были оперированы с признаками острого расслоения, 15 человек страдали хронической аневризмой. Основной этиологией развития аневризмы была травма, в 2 случаях имело место системное поражение соединительной ткани, в двух случаях аневризма образовалась в области прежде выполненной пластики коарктации аорты. Возраст пациентов составил 52,6 лет (33 - 81 г). Основная масса из них - мужчины (11 человек). Обязательными методами дооперационного обследования считали: ЭХО КГ, Аортографию, спиральную КТ с контрастным усилением и 3-D реконструкцией.

Всем пациентам выполнено двухэтапное хирургическое лечение. Эндоваскулярное протезирование участка аневризматически измененной аорты, выполнялось после открытого перемещения брахиоцефальных артерий из по-

раженной зоны аорты. Перемещение левой подключичной артерии в левую общесонную проводилось в 10 случаях. В 5 случаях левая подключичная и общая сонная артерии были перемещены в восходящую аорту из министернотомии. Одному пациенту потребовалось перемещение всех брахиоцефальных сосудов. Первый этап коррекции производился в условиях хирургической операционной. Второй этап проводился в условиях рентгеноперационной через артериотомный бедренный доступ. Этапы были разделены по времени от 30 минут до 5 суток (в среднем 36 часов). У 13 больных использованы эндопротезы фирмы Medtronic у четырёх - фирмы Gore.

Результаты и обсуждение. Удовлетворительная эндопротеза без подтекания встречалась в 11 случаях (73%), удовлетворительная установка графта с умеренным подтеканием 1 или 2 типа не потребовавшая дополнительных хирургических процедур у 2 пациентов (13%), и в 2 случаях (13%) в виду протяженной аневризмы с началом её на уровне дуги аорты и девиацией в нисхо-

дящей части, потребовалась дополнительная установка эндографтов по типу "стент в стент" с дополнительной баллонной пластикой графтов в области подтекания. При контрольном обследовании (аортография или КТ с контрастным усилением) в послеоперационном периоде (до 3 мес.) зона аневризмы была изолирована, участков подтекания не выявлено, положение эндографта в аорте стабильно. Положительный результат достигнут в 100% случаев. Средний срок пребывания в стационаре составил 6.3 суток. Летальности и больших осложнений (нарушение функции спинного и головного мозга, инфаркт миокарда, разрыв аорты, кровотечение) не было.

Вывод. Применение гибридного метода в лечении аневризм дуги и нисходящей аорты может являться альтернативой классической открытой хирургии. Объединив в себе преимущества обоих методов, гибридный вмешательство вполне может изменить подходы к лечению хронических аневризм дуги и нисходящего отдела грудной аорты.

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭМПИЕМ ПЛЕВРЫ

Авзалетдинов А.М., Гарипов Р.М., Фатихов Р.Г.,
Чижиков А.В., Булгаков Я.У.
Башкирский государственный медицинский
университет,
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Наиболее частыми причинами развития эмпиемы плевры являются абсцесс и гангрена легких, пневмония с осложненным течением и стафилококковая деструкция легких [4]. С другой стороны, возрастающий травматизм [2], усложнение и расширение объема оперативных вмешательств обеспечивают не убывающее число пациентов, перенесших травму грудной клетки [5]. Плевральные нагноения осложняют травму груди в 2,8-15,2% наблюдений, а летальность при этом достигает 5-30% [1]. Основным методом лечения эмпиемы плевры является дренирование с постоянной аспирацией и промыванием полости эмпиемы [1, 6]. Однако в 8,2-26% наблюдений заболевание переходит в хроническую форму и служит показанием к обширному хирургическому вмешательству [1, 6]. При этом, особую тяжесть состояния больных эмпиемой плевры обуславливает наличие сообщения между трахеобронхиальным деревом и плевральной полостью [6].

Цели. Улучшить результаты лечения данной категории больных путем использования малотравматичных методов оперативного лечения.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 238 больных эмпиемой плевры за период с 2000 по 2009 гг. г. в отделении торакальной хирургии Клиник Башгосмедуниверситета. Среди больных было 203 мужчин (85,3%) и 35 женщин (14,7%), в возрасте от 18 до 75 лет. Диагностика эмпиемы плевры осуществлялась с применением клинических и лабораторных методов исследования, рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях (100% больных), ультразвукового осмотра плевральных синусов у 185 больных (77,7%), компьютерной томографии органов грудной полости у 156 больных (65,5%). Изучены результаты лечения 79 больных эмпиемой плевры с бронхиальными свищами (33,2% от общего числа больных эмпиемой плевры). Из них 72 мужчины (91,1%) и 7 женщин (8,9%). В возрасте от 18 до 75 лет. Проводилась статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и обсуждение. По нашим данным, выявляется следующая структура причин возникновения эмпиемы плевры: острая внебольничная бактериальная пневмония и стафилококковая деструкция легких у 84 больных (35,3%), острые абсцессы легкого у 85 больных (35,7%), хронические абсцессы легких у 27 больных (11,4%), травмы и предшествующие обширные операции (в том числе по поводу онкологии) на органах грудной клетки - 42 пациента (17,6%). Всем больным проводилось дренирование полости эмпиемы, сочетание различных методов аспирации и "пассивного" дренирования по Бюлау. Эти меры оказались эффективными у 159 больных

(66,8%). Видеоторакоскопическая и видеоассистированная санация полости эмпиемы и декорткация легкого проведена 36 пациентам (15,1%). Общая летальность составила 11 случаев (4,6%), среди пациентов оперированных малоинвазивными способами умер 1 пациент (2,8%). При наличие бронхиального свища дренирование плевральной полости чаще всего не приводило к выздоровлению пациентов. Данной категории больных были проведены радикальные резекционные хирургические вмешательства в 22 случаях (27,8%), видеоторакоскопические вмешательства привели к выздоровлению 3 пациентов (3,8%). У части больных, которым в силу тяжести общего состояния, при наличии сопутствующих заболеваний радикальное оперативное лечение не могло быть проведено, проводилась оперативная бронхоскопия с обтурацией свищенесущего бронха. 15 больным (19%) выполнялась временная окклюзия бронха порононовым обтуратором, сроком на 10-14 дней, а у 25 больных (31,6%) проводили обтурацию свищенесущего бронха "Аллотрансплантатом" с фиксацией его клеем "Сульфакрилат". В группе больных, которым выполнялась временная окклюзия бронха порононовым обтуратором: у 2 больных (13,3%) произошло смещение обтуратора с места фиксации и его откашливание, у 3 больных (20%) после удаления обтуратора наблюдался рецидив свища бронха. В результате проведенного лечения с использованием временной обтурации бронха порононовым обтуратором удовлетворительные результаты были получены у 10 больных (66,7%). У 22 (88%) больных, которым проводилась обтурация бронха с применением "Аллотрансплантата", были получены удовлетворительные результаты, смещение обтуратора и откашливание его через рот произошло у 3 больных (12%). Летальность - один пациент (4%), у которого наступила декомпенсация сердечной деятельности на 10 сутки после обтурации бронха, смещения обтуратора не произошло. Части пациентов (5 больных), которым не представлялось возможным провести радикальную операцию до обтурации свищенесущего бронха, ввиду декомпенсации функции внешнего дыхания, после проведения этой малотравматичной процедуры удалось выполнить успешное радикальное хирургическое вмешательство.

Выводы.

Таким образом, применяемые нами малоинвазивные методы лечения пациентов с эмпиемой плевры позволяют снизить общую и послеоперационную летальность у этой категории больных с 4,6% до 2,8%. Окклюзия бронхиальных свищей "Аллотрансплантатом" с фиксацией клеем "Сульфакрилат" позволяет увеличить количество больных с удовлетворительными клиническими результатами с 66,7% до 88%. Что дало возможность провести радикальное оперативное вмешательство 6,3% пациентов с эмпиемой плевры, осложненной бронхиальным свищем, ранее не способным его перенести.

Литература:

1. Абакумов, М.М. Применение цитокинов в комплексном лечении посттравматической эмпиемы плевры / М. М. Абакумов, Ш. Н. Даниелян, Г. В. Булава //

Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогов. - 2005. - № 2. - С. 4-8.

2. Бисенков, Л. Н. Неотложная хирургия груди / Л. Н. Бисенков, Н. В. Бебия, А. Н. Бельских. - СПб.: Изд-во 'Logos', 1995. - 312 с.

3. Военно-полевая хирургия / под ред. Э. А. Нечаев. - СПб., 1994. - 305 с.

4. Новиков, Ю. К. Современные подходы к лечению пневмоний / Ю. К. Новиков // Рос. мед. журн. - 2002. - Т. 10, № 5. - С. 250-254.

5. Шлаин, Б. И. Проведение операций на лёгких при массивных и сверхмассивных кровопотерях / Б. И. Шлаин, И. М. Булеза // Украин. пульмонолог. журн. - 2005. - № 3. - С. 44-47.

6. Эндоскопическая торакальная хирургия / А. М. Шулуто [и др.]. - М.: Медицина. - 2006. - 392 с.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

Бойко В.В., Краснояружский А.Г., Хащина В.А.,
Минухин Д.В., Корж П.И.

ГУ "Институт общей и неотложной хирургии
АМНУ",

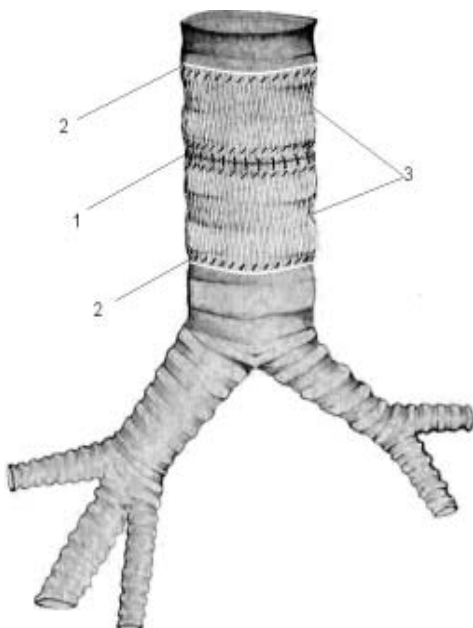
г. Харьков, Республика Украина

Актуальность. Трахеобронхиальная хирургия стремительно развивается и совершенствуется. К настоящему времени накоплен значительный опыт в диагностике и оперативном лечении трахеальных опухолей и рубцовых стенозов трахеи. Современные технологии и подходы позволили достичь определенных успехов в лечении этой сложной категории больных.

Цель. Целью работы являлось разработать новые методы хирургической коррекции стенозов трахеи.

Материал и методы. На базе торакального отделения ИОНХ АМНУ нами наблюдались 38 больных за период с 1998 по 2008 гг. с компрессией трахеобронхиального дерева, обусловленной опухолями различной локализации и степени инвазии опухоли в дыхательные пути. Из них у

Рис. Укрепление швов анастомоза полипропиленовым сетчатым аллотрансплантатом



19 пациентов имел место трахеальный уровень обструкции.

Для коррекции компрессионного синдрома нами выполнялись радикальные реконструктивно-восстановительные операции на трахеобронхиальном дереве, включающие в себя циркулярные резекции трахеи с наложением трахеотрахеальных анастомозов [1]. Для профилактики несостоятельности трахеотрахеального анастомозов, обусловленной натяжением, мы применяем методику Бойко В.В. и соавт. (2008 г.), которая заключается в укреплении линии швов анастомоза полипропиленовым сетчатым аллотрансплантатом, используемым при герниопластиках. Методика этого анастомоза представлена на рис.

Линия анастомоза (1) фиксируется к сетчатому аллотрансплантату (3), а также дополнительно формируется две циркулярные линии швов, соединяющих сетку и трахею (2) выше и ниже трахеотрахеального анастомоза. Нами модифицирована данная методика. Суть усовершенствования состоит в том, что для более активной пролиферации фибробластов в прилежащей трахеи сетка, субсерозно в трахею по периметру всего сетчатого трансплантата вводят взвесь аутоклеток костного мозга, взятых из подвздошной кости (патент Украины № 41174).

Введение в субсерозную оболочку трахеи по периметру сетчатого трансплантата взвеси ауто клеток костного мозга способствовало ускорению регенерации фибробластов и, как следствие, более активной их пролиферации в сетку, прилегающую к трахее, что обеспечивает пролиферацию клеток ткани протезируемого органа сквозь сетчатую структуру трансплантата, создавало дополнительный фиксирующий каркас протеза, а также улучшало адаптацию аллопротеза к ткани трахеи [1].

Результаты и обсуждение. Применение новых методов хирургической коррекции стенозов трахеобронхиального дерева, разработанных на базе ИОНХ АМНУ, позволило повысить количество радикальных оперативных вмешательств в 2,3 раза.

Выводы. Применение описанных методов укрепления трахеобронхиальных анастомозов с использованием аутоклеток костного мозга значительно снижает риск возникновения несостоятельности трахео-бронхиальных анастомозов.

Литература:

1. Реконструктивно-восстановительные операции на гортани и трахее / В. П. Харченко [и др.] // Хирургия. - 1987. - № 12. - С. 83-86.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ТРЕУГОЛЬНИКА ЛАРРЕЯ

Боуфалик Р.И., Карпицкий А.С., Журбенко Г.А.,
Шестюк А.М., Вакулич Д.С.

УЗ "Брестская областная больница",
г. Брест, Республика Беларусь

Актуальность. Парастернальные грыжи составляют от 2 до 9% заболеваний диафрагмы. До настоящего времени нет единой хирургической тактики, опреде-

ляющей хирургические доступы и способы пластики грыжевых ворот. Одни авторы предпочитают оперировать из трансторакального, другие из трансабдоминального доступа. В связи с этим представляет интерес использование эндоскопических методик для диагностики и лечения парастеральных грыж.

Цель. Целью работы является разработка алгоритма интраоперационной диагностики и лечения грыж треугольника Ларрея.

Материал и методы. В отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы с 2003 г. по 2010 г. прооперировано 38 больных с подозрением на парастеральные грыжи. Из них у 14 (36,8%) больных интраоперационно выявлена грыжа треугольника Ларрея, в 24 (63,2%) случаях - липома кардиодиафрагмального угла. Среди пациентов преобладали женщины - 20 (58,8%) с избыточной массой тела. Средний возраст больных составил 53,8 лет.

Результат и обсуждение. Завершающим этапом диагностики грыж Ларрея является лапароскопия, по результатам которой у 11 (78%) пациентов грыжа локализовалась справа, у 3 (22%) - слева. После подтверждения диагноза производилась эндоскопическая ревизия грыжевого мешка с низведением содержимого в свободную брюшную полость. Грыжесечение выполняли внебрюшинно из разреза на брюшной стенке от мечевидного отростка длиной 5-6 см, на 2 см ниже и параллельно реберной дуге. Грыжевой мешок выделяли у основания и пересекали. Выделение основания грыжевого мешка облегчалось применением метода "диафаноскопии" с подсветкой на тубусе лапароскопа, введенного в грыжевой мешок. У 12 больных грыжевой мешок не удалялся, операция завершалась пластикой грыжевых ворот. У 2 пациентов были определены показания к торакоскопическому удалению грыжевого мешка из-за избыточного количества жировой клетчатки в нем, вызывающего компрессию и гиповентиляцию нижней доли легкого на стороне поражения. Ушивание грыжевых ворот производилось узловыми нерассасывающимися швами. Далее из заднего листка влагища прямой мышцы живота выкраивали лоскут, основанием обращенный краниально, по размерам примерно соответствующий длине линии швов на диафрагме и шириной около 3 см. Лоскут заворачивали вверх вдоль линии швов диафрагмы и подшивали к ней отдельными узловыми швами. Образовавшийся дефект в заднем листке влагища прямой мышцы живота ушивали в продольном направлении. У больных, оперированных по вышеописанной методике, средняя длительность лечения составила 7,2 дня. Осложнений в послеоперационном периоде не было. У 24 больных при лапароскопии патологии со стороны щели Ларрея выявлено не было, в связи с чем была выполнена видеоторакоскопия с эндоскопическим удалением липомы кардиодиафрагмального угла. У 18 больных липома кардиодиафрагмального угла располагалась справа, у 6-слева.

Выводы.

1. Применение разработанного алгоритма позволяет производить интраоперационную дифференциальную диагностику парастеральных грыж и липом кардиодиафрагмального угла.

2. Удаление грыжевого мешка при отсутствии компрессии лёгкого является необязательным этапом оперативного вмешательства.

3. Дополнительная пластика грыжевых ворот перемещённым лоскутом заднего листка апоневроза прямой мышцы живота не удлиняет время операции, но существенно укрепляет ушитый дефект.

Литература:

1. Павлуни, А. В. Хирургическое лечение при парастеральных диафрагмальных грыжах / А. В. Павлуни, Р. И. Чернова, Д. Л. Фурзиков // *Вестн. хирургии.* - 2000. - № 7. - С. 76-78.

2. Ретропарастеральная грыжа диафрагмы (клиническое наблюдение) / В. А. Кубышкин [и др.] // *Хирургия. Журн. им. Пирогова.* - 2005. - № 8. - С. 86-87.

3. Павлуни, А. В. Трансмиоректальный доступ при удалении патологических образований переднего правого кардиодиафрагмального угла / А. В. Павлуни // *Грудная и сердеч.-сосуд. хирургия.* - 1996. - № 5. - С. 57-59.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО БЛОКА LIGA SURE -ATLAS ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕГОЧНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ

Вакулич Д.С., Карпицкий А.С., Панько С.В., Боуфалик Р.И., Шестюк А.М., Журбенко Г.А., Рыжко А.В. УЗ "Брестская областная больница", г. Брест, Республика Беларусь

Актуальность. Для определения тактики лечения у больных с синдромом легочной диссеминации необходимо выполнение биопсии легкого с последующим гистологическим исследованием [3]. В настоящее время операцией выбора считается видеоторакоскопическая атипичная резекция легкого [1, 2].

Цель. Изучение возможности применения эндохирургического блока LigaSure-Atlas (Valleylab, USA) при видеоторакоскопической атипичной резекции легочной ткани у больных с синдромом легочной диссеминации.

Материал и методы. В отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы выполнено 20 видеоторакоскопических атипичных резекции легких с применением аппарата Ligasure-Atlas (Valleylab, USA). Из них 12 - по поводу крупноочаговой диссеминации и 8 пациентам с интерстициальным процессом в легких. Средний возраст пациентов 53,2 года. 14 женщин и 6 мужчин. Торакоскопию выполняли под общей анестезией с применением однолегочной вентиляции. При крупноочаговой диссеминации место резекции легкого выявляли на основании предоперационного рентгенкомпьютерного исследования. При интерстициальной диссеминации предпочтение для биопсии легкого отдавали язычковым сегментам слева (13 пациентов) и средней доле справа (7 больных). После наложения торакопортов и визуализации патологического очага резекцию выполняли аппаратом LigaSure-Atlas. В послеоперационном периоде производили

активную аспирацию содержимого плевральной полости.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов с крупноочаговой диссеминацией в 5 случаях была выполнена только видеоассистированная резекция участка легкого с применением аппарата LigaSure-Atlas. С целью стабилизации пневмостаза дополнительно у 1 больного в плевральную полость вводился раствор 5% аминокaproновой кислоты с экспозицией 1 час, у 3 - коагуляционный шов обработан клеем БФ, остальным производилось интракорпоральное укрепление области резекции П-образным швом. Средняя продолжительность дренирования плевральной полости в этой группе составила 3,5 дня.

В группе пациентов с интерстициальным процессом в 5 случаях производилась только клиновидная резекция легочной паренхимы с применением аппарата LigaSure-Atlas. У оставшихся 3 больных операция дополнялась введением в плевральную полость 5% раствора аминокaproновой кислоты с экспозицией в 1 час или обработкой коагуляционного шва клеем БФ, либо укреплением интракорпоральным П-образным швом. Длительность дренирования плевральной полости во 2-ой группе составила 3,2 дня.

Течение послеоперационного периода зависело от объема резекции легочной ткани. У больных с крупноочаговой диссеминацией объем резекции составил 2 см и более, с интерстициальным процессом - менее 2 см. Основным осложнением было нарушение герметичности легочного шва. Так у 5 больных как с крупноочаговой диссеминацией, так и с интерстициальным процессом, которым производилась биопсия только с применением аппарата LigaSure-Atlas, потребовалась длительная активная аспирация в течении 5-7 дней. При этом применение дополнительных методов стабилизации пневмостаза в виде введения 5% раствора аминокaproновой кислоты в плевральную полость сократило продолжительность дренирования до 2,5 дней, дополнительная обработка коагуляционного шва клеем БФ - 3,5 дня (в одном случае отмечался нестабильный пневмостаз и потребовалось дренирование до 7 дней), а укрепление интракорпоральным П-образным швом - 2,1 дня. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 8,2 дня.

Выводы. Использование аппарата LigaSure-Atlas (Valleylab, USA) при видеоторакоскопической резекции легкого у больных с легочной диссеминацией может быть альтернативой эндоскопическим сшивающим аппаратам, позволяет снизить стоимость операции по сравнению с использованием эндостеплеров. Использование методов стабилизации пневмостаза при резекции приводит к снижению длительности дренирования и времени пребывания в стационаре.

Литература:

1. Первый опыт видеоторакоскопических операций на легких / Ю. И. Галлингер [и др.] // Грудная и сердеч.-сосуд. хир. - 1995. - № 2. - С. 62-66.

2. Хирургическая тактика при спонтанном пневмотораксе / Л. Н. Бисенков, [и др.] // Хирургия. - 1996. - № 2. - С. 74-77.

3. Путов, Н. В. Диссеминированные процессы в легких / Н. В. Путов. - М.: Медицина. - 1984. - 224 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МИАСТЕНИИ

Гончаров А.А., Татур А.А., Неровня А.М.,
Пландовский А.В., Кардис В.И., Смолякова О.В.,
Корытько Ю.Л., Татур А.А. мл.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "10-я городская клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Генерализованная миастения (ГМ) - это аутоиммунное заболевание, характеризующееся патологической слабостью и утомляемостью различных групп поперечно-полосатых мышц. Полное удаление патологически измененного тимуса из трансстернального доступа на фоне проведения терапии антихолинэстеразными препаратами и кортикостероидами является сегодня основным методом лечения, который позволяет достигнуть ремиссии у 75-80% пациентов [1, 2].

Цель. Изучение заболеваемости и отдаленных результатов хирургического лечения ГМ в зависимости от пола, возраста и выявленных морфологических изменений в вилочковой железе.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни и протоколов операций 244 пациентов с ГМ, оперированных в Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделения торакальной хирургии 10-й ГКБ г. Минска с 1989 по 2007 гг. Диагноз ГМ устанавливался в соответствии с протоколом в неврологической клинике. Для рентгенологической визуализации патологии тимуса до операции больным проводили пневмомедиастинографию, а в последующем - только компьютерную томографию. Патоморфологическая верификация диагноза проведена одним высококвалифицированным специалистом-патологоанатомом.

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов варьировал от 9 до 78 лет и в среднем составил $32,1 \pm 13,9$ лет. Превалировали женщины - 77%, мужчин было 23%, при этом их средний возраст, соответственно был $34,5 \pm 10,0$ лет и $34,0 \pm 14,6$ лет, т.е. не отличался. Возрастной пик у женщин и мужчин отмечен в период от 21 до 30 лет, соответственно, у 29,2% и у 26,8%. Интересно, что если у женщин старше 50 лет ГМ выявлена у 8,6%, то у мужчин - у 14,3 %, т.е. в 1,5 раза чаще. Всем пациентам из частичного трансстернального доступа была выполнена тимэктомия (66%), простая (32,8%) или расширенная (1,2%) тимомэктомия. При морфологическом исследовании превалировала простая и фолликулярная гиперплазия тимуса, которая была выявлена у 110 больных (45%), из которых женщин было 80%, а мужчин - 20%. Различные типы тимом (А, АВ, В1, В2, В3 и др. по Классификации WHO, 1999) выявлены у 83 больных (34%), среди которых женщин было 71%, мужчин - 29%. Карциномы тимуса была у 3 больных (2 женщины и 1 мужчина), что составило 3,6% от всех тимом или 1,2% от всех пациентов с ГМ. Инволюция тимуса отмечена у 51 больного (21%), из них женщин было 80%, мужчин - 20%. Среди женщин тимомы чаще встречались в возрасте 21-30 (25,4%) и 41-50 лет (23,7%), гиперплазия - до 30 лет

(69,3%), инволюция - в 21-50 лет (80,5%). Среди мужчин тимомы чаще встречались также в возрасте 21-30 (37,5%) и 41-50 лет (29,2%), но гиперплазия была характерна для возраста до 20 лет (36,4%), а инволюция для больных старше 60 лет (40%). У 208 пациентов (85%) отдаленные результаты лечения ГМ оценены как отличные (А) - у 124 (59,6%), хорошие (В) - у 39 (18,8%), удовлетворительные (С) - у 35 (16,8%), плохие (D) - у 10 (4,8%). При гиперплазии результат А получен у 65,6% больных, В - у 17,8%, С - у 14,4%, D - у 2,2%, при тимоме, соответственно, - 48,6%; 22,2%; 19,4%; 9,7%, а при инволюции тимуса - 65,2%, 15,2%; 17,4%; 2,2%.

Выводы: 1. ГМ чаще встречается у женщин (77%) молодого возраста. 2. При гистологическом исследовании удаленных тимусов гиперплазия выявлена у 45% больных, тимомы - у 34%, инволютивный тимус - у 21%; 3. При нетимомогенной ГМ отличные и хорошие отдаленные результаты получены у 82,4% больных, плохие - только у 2,2%, а при тимомогенной, соответственно, у 70,8% и 9,7%; 4. Тимома является неблагоприятным фактором прогноза течения ГМ, при которой плохие отдаленные результаты встречаются в 4,4 раза чаще, чем при ее тимомогенном генезе.

Литература:

1. Bianca, M. *Myasthenia gravis: past, present, and future* / M. Bianca, M. Monica, J. K. Henry // J. Clin. Invest. - 2006. - Vol. 116. - P. 2843-2854.
2. Vern, C. J. *Myasthenia gravis* / C. J. Vern, M. M. Janice / Orphanet J. Rare Diseases - 2007. - Vol. 10. - P. 1750-1172.

НЕЙРОМЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА - ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ионис Е.Ю., Плечев В.В., Фатихов Р.Г.,
Исмагилов Ф.Ш., Марфина Г.Ю.
Башкирский государственный медицинский
университет,
г.Уфа, Российская Федерация

Актуальность. По данным мировой литературы частота нейромышечных заболеваний колеблется от 3 до 20% среди всех заболеваний пищевода и занимают третье место после рака пищевода и рубцовых стриктур. При хирургических методах лечения нейромышечных заболеваний пищевода с применением эзофагопластики по Геллеру-Ниссену, Суворовой, рецидивы возникают в 3-30% случаев (Черноусов А.Ф., 2000), а в отдаленные сроки достигают 75% (Topart D., 1992). Это связано с образованием грубых рубцов в области кардиомиотомии, деформирующих пищевод.

Цель. Разработка показаний к применению аллотрансплантата серии "Аллоплант" в хирургии при нейромышечных заболеваниях пищевода.

Материал и методы. Нами разработан метод экстрамукозной эзофагокардиомиотомии с аллопластикой. Для сохранения диастаза мышц, исключения образования грубого рубца в области эзофагокардиомиотомии нами был применен аллотрансплантат для замещения объемных дефектов серии "Аллоплант",

разработанный во Всероссийском институте пластической хирургии глаза под руководством профессора Э.Р. Мулдашева. Аллотрансплантат изготавливается из подкожной жировой клетчатки подошвы стопы.

При операциях по поводу нейромышечных заболеваний пищевода проводилась лапаротомия, экстрамукозная эзофагокардиомиотомия на протяжении 7-10 см. В образовавшийся мышечный дефект на желудочном зонде вшивалась "заплата" из "Аллопланта" эллипсоидной формы. С целью профилактики рефлюкс-эзофагита дно желудка фиксировали к пищеводу 3-4 узловыми швами. Для уменьшения натяжения швов, фиксирующих "Аллоплант", эти швы накладывали правее "Аллопланта".

Результаты и обсуждение. Эксперименты показали, что "Аллоплант" замещается эластичной соединительной тканью в сроки более 2 лет. При изучении прочностных свойств "Аллопланта" выявлено, что применение последнего с целью пластики мышечного дефекта стенки пищевода создает 11 кратный запас прочности.

С 1985 по 2010 г. оперированно 98 больных с нейромышечными заболеваниями пищевода. У 70 из них проведены операции с применением аллопластики.

Отдаленные результаты оперативного лечения нейромышечных заболеваний пищевода с использованием "Аллопланта" отслеживались в сроки до 10 лет.

В отдаленном периоде рецидив выявлен у двух (7,1%) из 28 больных, оперированных нами первоначально по методике Суворовой. Одному больному повторная операция через 3 года с применением "Аллопланта" выраженного эффекта не принесла. У второго больного повторная операция с аллопластикой была эффективна.

Из 70 больных, оперированных с применением аллопланта, рецидив возник у одного (1,4%) больного. Повторная операция с аллопластикой была эффективна.

Выводы.

1. Прочностные свойства "Аллопланта" позволяют использовать его с целью пластики мышечного дефекта стенки пищевода.
2. Применение нового метода кардиоластики позволило резко снизить количество рецидивов нейромышечных заболеваний (с 7,1% до 1,4%)

Литература:

1. Черноусов, А.Ф. *Хирургия пищевода* / А.Ф. Черноусов, П. М. Богопольский, Ф. С. Курбанов. - М.: Медицина, 2000. - 350 с.
2. Березов Ю. Е. *Хирургия пищевода* / Ю. Е. Березов, М. С. Григорьев. - М.: Медицина, 1965. - 364 с.
3. Мулдашев Э. Р. *Некоторые пути подбора новых аллотрансплантатов для офтальмохирургии* / Э. Р. Мулдашев, А.Г. Габбасов, Р.Т. Нигматуллин // *Актуальные вопросы пересадки органов и тканей: труды 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова.* - Москва, 1978. - Т. 113. - Вып. 23. - С. 21-22.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ

*Карпицкий А.С., Панько С.В., Шестюк А.М.,
Боуфалик Р.И., Журбенко Г.А., Вакулич Д.С.
УЗ "Брестская областная больница",
г. Брест, Республика Беларусь*

Актуальность. Торакоскопический вариант анатомической резекции легких внедрен в мировую практику здравоохранения в 1990 г. Однако до сегодняшнего дня это вмешательство не является распространенным. Так, в Великобритании торакоскопические лобэктомии выполняются только в 6 из 40 торакальных клиник, а удельный вес их составляет 3% от всех резекционных операций на легком. До сих пор до конца не решен вопрос о показаниях и противопоказаниях к применению этого вида вмешательства.

Цель. Указать на преимущества и недостатки выполнения торакоскопической анатомической резекции легких (сегмент - и лобэктомия) на примере первого собственного опыта.

Материал и методы. Начиная с 2009 г. в отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы внедрены торакоскопические анатомические резекции легкого, выполнено 6 вмешательств. Операции выполнялись под общей анестезией с отдельной оротрахеальной интубацией в сочетании с высокочастотной вентиляцией оперируемого легкого. Вмешательства произведены как на правом, так и на левом легком в соотношении 1:1. После введения в плевральную полость инструментов и оптики проводилось выделение артерии, вены и бронха. В процессе обработки элементов корня сегмента либо доли, разделения легочной паренхимы использовались эндохирургические степлеры, электрокоагуляционный блок LigaSure-Atlas.

Результаты и обсуждение. Среди прооперированных пациентов было 4 мужчин и две женщины. Средний возраст составил 46,7 лет. С использованием торакоскопии двум больным выполнено удаление верхушечного сегмента нижней доли, по одному случаю нижней лобэктомии слева, нижней лобэктомии справа, средней лобэктомии и бисегментэктомии (S4-5+S6) слева. В процессе отбора больных на торакоскопическое вмешательство мы исключали возможность выполнения операции у больных, ранее перенесших вмешательства на грудной полости, имевших в анамнезе указания на наличие выпота в полости плевры. Также операции не подлежали пациенты с центральными формами рака легкого, при подозрении на метастатическое поражение медиастиальных и внутриорганных лимфоузлов. Использование односторонней интубации в сочетании с высокочастотной вентиляцией оперируемого легкого позволило нам произвести адекватную его дефляцию без снижения показателей кислородного насыщения крови и наличия дыхательной экскурсии легочной ткани. Технических сложностей при торакоскопическом варианте анатомической резекции во время рассечения легочной паренхимы, выделении и обработке сосудов и бронхов не отмечено. Эндоскопические сшивающие

аппараты применялись как при разделении легочного массива, так и при прошивании бронхов, крупных долевых сосудов, что значительно увеличивало стоимость операции.

Однако для пересечения сегментарных сосудов, диаметр которых не превышал 4 мм, достаточно было использования эндоскопического разрезающего аппарата LigaSure-Atlas. Интраоперационная кровопотеря составляла 100 - 150 мл. По сравнению с традиционной открытой методикой длительность вмешательства увеличилась до 170-260 мин.

Отмечено, что в послеоперационном периоде ни в одном случае не достигнут полный пневмостаз, что потребовало активной аспирации в течение 4-6 дней. В то же время экссудация по дренажам была незначительной и не превышала 60-100 мл в сутки.

Основной особенностью течения послеоперационного периода явилась незначительная интенсивность болевых ощущений, что позволило уже с первых суток отказаться от наркотических средств, а с третьих перейти на обезболивание по требованию или отменить их. Низкая степень болевого синдрома дала возможность больным активизироваться уже в ближайшее время после вмешательства, что способствовало отсутствию клинических и рентгенологических данных в пользу воспалительных явлений в легких.

Гнойных осложнений со стороны ран и плевральной полости в послеоперационном периоде не зарегистрировано. Косметический результат операции удовлетворил всех пациентов. Средняя продолжительность госпитализации после вмешательства составила 8,6 суток. Летальных случаев не было.

Выводы. Наш первый опыт выполнения торакоскопической сегмент - и лобэктомии показал, что данный вид операции требует достаточно хорошей технической поддержки и знания особенностей ведения анестезии. Необходимость отбора больных и высокая стоимость расходных материалов ограничивает внедрение данного вида операции в повседневной работе. Однако малый травматизм и отличный косметический результат побуждают к дальнейшему внедрению в практику анатомической торакоскопической резекции легких.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИССЕКЦИИ И КОАГУЛЯЦИИ ТКАНЕЙ В ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ В ЛЕГКИХ

*Котив Б.Н., Чуприна А.П.,
Ясюченя Д.А., Мельник Д.М.
Военно-медицинская академия,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. Прогресс эндовидеохирургии тесно связан с развитием физических методов диссекции и коагуляции тканей, совершенствованием техники

аэрогемостаза.

Целью исследования явилось совершенствование техники торакоскопических вмешательств путем расширения спектра применяемых физических методов остановки кровотечения и диссекции тканей.

Материал и методы. Анализ подвергнуты результаты экспериментальных и клинических исследований применения традиционных электрохирургических методов, а также холодноплазменной и аргон-усиленной коагуляции, ультразвуковой диссекции и коагуляции. В остром и хроническом эксперименте изучены морфологические особенности раны легкого после воздействия электрохирургических методов и ультразвука. Показана целесообразность применения холодноплазменной коагуляции для достижения аэрогемостаза. Доказана принципиальная возможность использования ультразвука (25-55 МГц) для выполнения атипичной резекции легкого. В клинической практике указанные физические методы применены при 254 оперативных вмешательствах, выполненных с применением торакоскопической техники, что позволило сформулировать показания к применению аргонусиленной и холодноплазменной коагуляции, а также ультразвука в торакоскопической хирургии.

Результаты и обсуждение. Показаниями к применению холодноплазменной коагуляции были: достижение аэрогемостаза при ранениях легкого и биопсии легочной ткани (43 наблюдения), аэрозаст при спонтанном пневмотораксе, связанном с буллезной эмфиземой и спаячным процессом (82 операции), аэрогемостаз при энуклеации периферических образований в легких (8 вмешательств), остановка кровотечения из мягких тканей грудной стенки (43 наблюдения). Ультразвуковую энергию применяли при препаровке анатомических образований средостения у 14 пациентов, при выполнении атипичной (краевой) резекции легкого с целью биопсии легочной ткани (11 вмешательств) и при удалении небольших периферических образований в легких (у 4 больных). Основными доводами в пользу целесообразности применения указанных физических методов в торакоскопической хирургии считаем сокращение продолжительности оперативного вмешательства, снижение стоимости расходного имущества при атипичных резекциях легкого, повышение безопасности при препаровке анатомических образований в средостении и гемостатических воздействиях вблизи крупных сосудов.

Выводы.

1. Ультразвуковая торакоскопическая атипичная (краевая) резекция легкого является методом выбора при биопсии легочной ткани и при удалении периферических новообразований.

2. Показаниями к применению аргон-усиленной и холодноплазменной коагуляции в торакоскопической хирургии является аэрогемостаз при наличии раны легкого в плащевой зоне.

3. Широкое применение физических методов диссекции и коагуляции тканей при торакоскопических оперативных вмешательствах обосновано с экономических позиций и позволяет расширить спектр оперативных вмешательств, выполняемых торакоскопическим способом.

Литература:

1. Торакальная хирургия: руководство для врачей / Л. Н. Бисенков [и др.]; под ред. Л. Н. Бисенкова. - СПб.: "ЭЛБИ-СПб". - 928 с.

2. Stamatelopoulos, A. Patient management with asolitary pulmonary nodule / A. Stamatelopoulos, F. Kadjanis // J. BUON. - 2008. - Vol. 13, N 4. - P. 479-485.

ЗНАЧЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

*Малькевич В.Т., Жарков В.В., Оситрова Л.И., Яськевич Л.С., Курчин В.П., Баранов А.Ю., Коробач С.С., Мавричев В.Ю., Еськов С.А.
РНПЦ онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н. Александрова,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Хирургическое лечение рака грудного отдела пищевода позволяет устранить дисфагию, как основную причину, приводящую к смерти, и предотвратить развитие злокачественных фистул. В последние годы при распространенном опухолевом процессе (III-IV стадия) в качестве альтернативы рассматривается химиолучевое лечение, позволяющее добиться результатов, сопоставимых с оперативным методом как в самостоятельном, так и комбинированном варианте. В случае инвазии опухоли пищевода в жизненно важные структуры средостения проведение лучевой и химиолучевой терапии, паллиативных методов лечения связано с высоким риском смертельных осложнений. В этой ситуации выполнение комбинированного оперативного вмешательства является единственным возможным методом лечения, позволяющим продлить жизнь больным с заведомо неблагоприятным прогнозом [1]. В нашем сообщении мы приводим опыт хирургического лечения рака грудного отдела пищевода с оценкой результатов комбинированных операций.

Цель. Изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода.

Материал и методы. С 1990 по 2000 гг. проведено хирургическое лечение у 485 больных раком пищевода. У 353 больных выполнены радикальные операции pT1-3N0-1M0R0 (основная группа), у 72 больных произведены комбинированные радикальные операции с резекцией легких (32), трахеи (2), диафрагмы (12), перикарда (22), адвентиции аорты (13) и аорты (2) pT4N0-1M0R0. У 11 пациентов резецировано более одного органа. По гистологической структуре преобладали эпидермоидные карциномы. Стадирование опухолевого процесса осуществлялось по классификации TNM, 2002 г. Все случаи, потребовавшие в послеоперационном периоде активных инвазивных методов лечения, определялись как послеоперационные осложнения. Послеоперационная летальность рассчитывалась в случае наступления смерти в течение 30 дней после операции. Показатели выживаемости рассчитывались по методу Kaplan-Meier.

Сравнительный анализ осуществлялся с помощью обобщенного показателя 2 (метод Mantel-Haenszel).

Результаты и обсуждение. В группе больных, получивших радикальное хирургическое лечение, частота послеоперационных осложнений составила $24,6 \pm 2,3\%$, послеоперационная летальность - $7,4 \pm 2,3\%$, однолетняя выживаемость - $66,9 \pm 4,4\%$, трехлетняя - $31,5 \pm 4,3\%$, пятилетняя - $23,2 \pm 3,9\%$, десятилетняя - $14,1 \pm 5,3\%$, медиана выживаемости составила $20,3 \pm 2,2$ месяцев. В группе больных, перенесших комбинированные оперативные вмешательства, частота послеоперационных осложнений составила $33,3 \pm 5,5\%$, послеоперационная летальность - $20,8 \pm 4,8\%$ ($p < 0,01$), однолетняя выживаемость - $44,4 \pm 9,1\%$, трехлетняя - $19,6 \pm 7,4\%$, пятилетняя - $14,0 \pm 7,3\%$, десятилетняя - $5,8 \pm 6,8\%$ ($\chi^2 = 8,68$, $p < 0,005$). Резекция пищевода с одномоментной эзофагопластикой относится к категории наиболее агрессивного воздействия на организм пациента и связано с высоким риском развития послеоперационных осложнений и летальности, существенно влияет на показатели выживаемости, особенно у больных с местнораспространенным опухолевым процессом. Основными неблагоприятными факторами прогноза у больных раком пищевода являются наличие метастазов в регионарных лимфоузлах (pN+) и инвазия опухоли в структуры средостения (pT4) [1]. По фактору pN+ сравниваемые группы не отличались - $65,1 \pm 2,5\%$ и $68,0 \pm 5,5\%$ соответственно. Фактор pT4 оказался преобладающим в группе больных, перенесших комбинированные операции, в связи с этим частота местных рецидивов составила $29,2 \pm 5,3\%$ против $17,0 \pm 2,0\%$ у основной группы ($p < 0,05$).

Выводы. Выполнение комбинированных операций при местнораспространенном раке пищевода сопровождается увеличением частоты послеоперационных осложнений и летальности в сравнении с типичными оперативными вмешательствами. Значительно чаще развиваются местные рецидивы заболевания, однако хирургический метод позволяет достигнуть пятилетней и десятилетней выживаемости у $14,0$ $7,3\%$ и $5,8$ $6,8\%$ больных с неблагоприятным прогнозом, которым невозможно провести альтернативные варианты химиолучевого и паллиативного лечения.

Литература:

1. Давыдов, М. И. Рак пищевода / М. И. Давыдов, И. С. Стилиди. - М.: Практ. медицина, 2007. - 392 с.

ДИАГНОСТИКА РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Максумов Д.Т., Аманов Б.Б.,
РСЦХ им. академика В. Вахидова,
г.Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Проблема эхинококкоза, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении, до настоящего времени остается весьма актуальной. По данным публикаций последних 15 лет, отмечается рост заболеваемости эхинококкозом лёгких. Из заболевших более $75,0\%$ составляют дети и лица молодого возраста.

Различные вопросы эпидемиологии, диагностики, лечебной тактики при эхинококкозе, экономического ущерба, вызываемого этим заболеванием обсуждались на различных съездах, конференциях, симпозиумах. По данным литературы рецидив эхинококкоза после хирургического лечения не имеет тенденцию к снижению и колеблется от 3% до 54% .

Бурно прогрессирующие малоинвазивные технологии диагностики и хирургического лечения эхинококкоза требуют поиска эффективных методов диагностики и совершенствования хирургической техники при рецидивных формах. Диагностика рецидивного эхинококкоза легких, несмотря на успехи современной медицины, нередко представляет трудную задачу. Это связано с отсутствием четкой симптоматики заболевания, особенно в раннем периоде его развития, а также при расположении кисты в глубине органа. Поэтому и в настоящее время существует необходимость совершенствования методов диагностики этого заболевания, особенно в его ранней стадии. Своевременная и правильная диагностика позволяет значительно уменьшить число операционных неудач и послеоперационных осложнений, а также улучшить исходы хирургического лечения этого тяжелого заболевания.

Материал и методы. В отделении хирургии легких и средостения РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период с 1976 г. по 2009 г. находились на лечении 160 ($6,5\%$) больных, с рецидивом эхинококкоза легкого и органов средостения. Из 160 пациентов с рецидивным эхинококкозом легкого 91 были ранее оперированы по поводу осложненного эхинококкоза легкого (80 больных с прорывом кисты в бронх и 11 по поводу прорыва кисты в бронх и плевральную полость). Рецидив эхинококкоза через год после операции наблюдали у 10 больных, в течении трех лет после операции у 112 больных, через 5 лет после операции у 20. Через 7 лет - у 18 больных. Лица мужского пола составили - 93 ($58,1\%$), женского - 67 ($41,9\%$). 103 пациента жители села и 52 жители города. Возраст больных варьировал от 10 до 70 лет. Из 160 больных были оперированы 130 ($81,25\%$), не оперированы 30 ($18,7\%$) при диссеминации процесса и выраженном распространении эхинококковых кист. 152 (95%) больным было органосохраняющие операции, 8 (5%) больным были произведены различные резекционные методы. Бессимптомное течение рецидивного эхинококкоза легкого нами отмечено у 66 ($40,5\%$) больных (одиночные кисты отмечены - у 39, с множественные односторонние кисты - у 21, двусторонние - у 6). Рецидив заболевания у всех 64 больных был установлен во время прохождения медицинского обследования. У 94 ($59,5\%$) больных с рецидивным эхинококкозом клинические проявления заболевания характеризовались по типу острого респираторного заболевания органов дыхания - сухой кашель от незначительного до приступообразного, боли в грудной клетке различной интенсивности, также повышение температуры тела в пределах субфебрильных цифр.

У 77 ($48,7\%$) клиника рецидивного эхинококкоза легких проявилась по типу острого воспалительно-деструктивного процесса в легких. Это боли различной интенсивности в грудной клетке, повышение температуры тела до высоких цифр, кашель с отхождением гнойной мокроты, одышкой и общей слабостью.

С целью диагностики рецидивного эхинококкоза на этапах обследования всем пациентам (160) была проведена рентгенография грудной клетки, компьютерная томография (КТ) проведена у 60 пациентов, из них у 10 - мультислайсная КТ, а также по показаниям были проведены фибробронхоскопия, ультразвуковое исследование легких и плевральной полости.

Несомненно, основным диагностическим тестом в диагностике эхинококкоза легкого, а также его рецидива, является многоосевая рентгеноскопия и графия грудной клетки, которая дает возможность определить характер поражения, количество кист, их локализацию в зонах легкого. Так, на основании рентгенологического исследования грудной клетки 160 больных с рецидивным эхинококкозом легкого одиночные кисты в легком выявлены у 60 больных, множественные кисты в легких (односторонние, двусторонние) - у 73, сочетанное поражение легких и печени - у 27.

В случаях распространенного процесса, когда на рентгенографии не удавалось выявить четкую локализацию и количество кист, произведено МСКТ грудной клетки, где выявляли дополнительные рецидивные эхинококковые кисты, которые на рентгенологическом исследовании не были визуализированы.

Выводы. Таким образом, основным методом диагностики рецидивного эхинококкоза лёгких, является обзорное рентгенологическое исследование и компьютерная томография грудной клетки.

ЛЕЧЕНИЕ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Можейко М.А., Сушко А.А., Смирнов А.В., Власов О.В.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
УЗ "Гродненская областная клиническая больница"
г. Гродно, Республика Беларусь

В клинике находилось на лечении 795 больных с различной неопухолевыми патологией пищевода. Среди них мужчин было 722, женщин - 73. Средний возраст пациентов составлял 53 ± 4,6 лет.

Характер патологии пищевода и исхода заболевания представлены в таблице 1.

При химических ожогах пищевода, как в подостром

Таблица 1. Характеристика пациентов

№ п/п	Характер патологии	Кол-во пациентов	Оперировано	Умерло
1	Химические ожоги пищевода	601	102	8
2	Гастрозофагеальная болезнь	77	19	1
3	Дивертикулы пищевода	34	33	-
4	Ахалазия кардии	62	12	-
5	Травма пищевода	18	18	6
6	Синдром Бюерхава	3	2	1
	ИТОГО	795	186	16

Таблица 3. Причины травмы пищевода и исходы лечения

№ п/п	Причины травмы пищевода	Кол-во больных	Оперировано	Умерло
1	Синдром Бюерхава	3	3	2
2	Инородные тела	8	7	2
3	Зондирование желудка	2	2	1
4	Бужирование	4	4	2
5	Интубация трахеи	1	1	-
	ИТОГО	18	17	7

периоде, так и при формировании рубцовых сужений основным способом лечения являлась консервативная терапия с применением различных способов бужирования. При невозможности бужирования "слепым" способом и по струне выполнялось наложение гастростомы с целью питания и бужирования "без конца". При возникновении острых осложнений: перфорация пищевода, желудка выполнялись неотложные оперативные вмешательства, направленные на спасение жизни больного. Плановые операции производились при рубцовых стриктурах пилороантрального отдела и синдроме Эйзельсберга.

Показания и виды хирургического лечения при химических ожогах пищевода и желудка отражены в таблице 2.

Из 77 пациентов с гастроэзофагеальной болезнью оперировано 19 в связи с безуспешностью консервативной терапией и развитием язвенного эзофагита. При этом 14 больным выполнена эзофагофундопликация по Ниссену, 5 - операция по Дору, у 3 из них операция по Дору произведена лапароскопическим методом.

Основным методом лечения ахалазии кардии являлась

Таблица 2. Характер оперативных вмешательств при химических ожогах пищевода и желудка

№ п/п	Показания к операции	Виды операции	Кол-во больных	Умерло
1	Перфорация пищевода	Экстирпация пищевода	1	1
2	Перфорация желудка	Резекция желудка	9	4
		Ушивание желудка	3	1
3	Суб- и декомпенсированный стеноз пилороантрального отдела желудка	Резекция желудка	13	1
		Гастрозентероанастомоз	10	-
4	Высокие протяженные стриктуры пищевода	Гастростомия для кормления и бужирования «без конца»	62	2
5	Тотальная стриктура пищевода	Толстокишечная пластика пищевода	3	-
		Тонкокишечная пластика пищевода	1	-
	ИТОГО		102	9

кардиодилатация аппаратом Штарке. При ахалазии кардии III-IV степени 7 пациентам выполнена операция Геллера, 3 - операция Гейровского, 2 больным произведена проксимальная резекция желудка.

С дивертикулами пищевода оперировано 33 пациента. Из них у 25 диагностированы дивертикулы Ценкера, у 6 - бифуркационные и у 3 - эпифренальные. Всем больным выполнена дивертикулэктомия шейным и торакальным доступами. В последнее время при эпифренальных и бифуркационных дивертикулах применяем видеоассистированную дивертикулэктомию.

С травмами пищевода находилось на лечении 21 больной. Причины травм пищевода представлены в таблице 3.

Причиной высокой летальности при травмах пищевода (38,8%) являлась поздняя диагностика с развитием гнойных медиастинитов.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

*Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я.
РСЦХ имени академика В. Вахидова,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс (СП) является одним из самых частых осложнений буллезной эмфиземы легких (БЭЛ), частота его составляет от 7,4 до 28 случаев в год на 100000 мужчин и от 1,2 до 6,0 на 100 000 женщин. Ежегодная заболеваемость НСП на протяжении последних десятилетий в среднем составляет 5:100000 человек, причем мужчины болеют в 6-10 раз чаще женщин [1, 2, 3]. Оперативное вмешательство производится, главным образом, с целью предотвращения рецидивов [1, 2]. Несмотря на хорошие результаты хирургического лечения СП, существует явное несоответствие между сравнительно небольшим объемом вмешательства и травматичностью торакотомии, а также опасностью связанных с ней осложнений. Вопрос о тактике лечения СП все чаще является предметом дискуссий между пульмонологами, общими и торакальными хирургами [1, 2, 3].

Материал и методы. В отделении хирургии легких и средостения РСЦХ им. акад. В.Вахидова наблюдалось 505 пациентов с осложнениями БЭЛ в виде СП, из них мужчин было - 422 (83,56%), женщин - 83 (16,44%). Возраст больных варьировал от 15 до 76 лет. У 426 (84,35%) больного СП был первичным, у 79 (15,65%)

наблюдался рецидив заболевания. Правосторонний СП наблюдался в 324 (59,55%) случаях, левосторонний в 214 (39,33%) и двусторонний - в 8 (1,47%). Тотальный коллапс легкого отмечен в 217 (39,88%) случаях, субтотальный - в 222 (40,8%), частичный пневмоторакс - в 105 (19,3%) случаях. Из них в 161 (29,59%) случаях наблюдался гидропневмоторакс. Для совокупной трактовки изменений, выявленных при торакоскопии (ТС) использовали классификацию R. Vanderschueren (1981) и C. Boutin (1991) (таблица 1).

I тип - отсутствие визуальной патологии; II тип - наличие плевральных свращений при отсутствии изменений в легком; III тип - небольшие субплевральные буллы диаметром менее 2 см; IV тип - крупные буллы, более 2 см в диаметре.

Результаты и обсуждение. Лечение частичного СП начиналось с плевральных пункций. При расправлении легкого производили КТ (122). В случаях нерасправления легкого, а также при субтотальном, тотальном коллапсах и рецидивах заболевания проводили ТС под местной анестезией с последующим дренированием (390). Дальнейшая тактика зависела от выявленной патологии (ТС+КТ). Если какой-либо патологии не выявлялось, заканчивали ТС плевродезом (48). Буллезные участки легкого малых размеров коагулировались, ТС завершалась плевродезом (278). VATS выполнена у 89 больных. Среди них у 38 больных для ликвидации буллезных поражений и для создания стойкого плевродеза применяли YAG-Nd и CO₂ лазеры. У пациентов с СП, которым производили лазерный плевродез в 15-летний срок наблюдения рецидива не отмечено.

Выводы. При I и II типах БЭЛ можно ограничиться малыми хирургическими вмешательствами, а именно выполняя пункцию плевральной полости, ТС с дренированием. При III и IV (не более 10 см) типах БЭЛ предпочтительно применение VATS с обязательным плевродезом. При IV типе БЭЛ с наличием гигантских булл целесообразно выполнение торакотомии, ввиду необходимости наиболее полной оценки паренхимы пораженного легкого. Учитывая генетическую неполноценность легочной ткани говорить о радикальности оперативного вмешательства при СП неправомерно, поэтому мы придерживаемся максимальной органосохраняющей тактики выполняя резекции легкого по строгим показаниям, операцию всегда завершаем плевродезом.

Литература:

1. Бисенков, Л. Н. Алгоритмы и стандарты диагностических и лечебных мероприятий при спонтанном пневмотораксе / Л. Н. Бисенков, Д. В. Гладышев, А. П. Чуприна // Эндоскопическая хирургия: материалы VII Всерос. съезда по эндоскоп. хирургии. - 2004. - № 1. - С. 17-18.

Таблица 1. Изменения, выявленные у больных при ТС

Тип	В изолированном виде	В сочетании с		Всего n=390	
		спаячным процессом	мелкими буллами		крупными буллами
I тип	-	-	-	59 (15,1%)	
II тип	32	-	26	31	89 (22,82%)
III тип	90	38	-	23	151 (38,71%)
IV тип	31	49	11	-	91 (23,33%)

2. Гладышев, Д. В. Видеоторакоскопия в комплексном лечении спонтанного пневмоторакса: автореф. ... канд. мед. наук / Д. В. Гладышев. - СПб., 2004. - 31 с.

3. Henry, M. BTS guidelines for the management of spontaneous pneumothorax / M. Henry, T. Arnold // *Thorax*. - 2003. - Vol. 58. - Suppl. 2. - P. 139-152.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н.,
Хаялиев Р.Я., Ирисов О.Т.
РСЦХ им. академика В. Вахидова,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Осложнения во время торакальных операций, несмотря на совершенствование оперативной техники, продолжают встречаться довольно часто и при различных вмешательствах составляют от 13 до 20% [1, 2, 3]. Частота осложненного послеоперационного течения, в зависимости от характера патологии и вида оперативного вмешательства, составляет от 25 до 45% [1, 2]. Задачей местного лечения в ближайшем и раннем послеоперационном периоде является создание наиболее благоприятных условий для течения раневого процесса и профилактики инфекции в плевральной полости, ранней диагностики послеоперационных осложнений. После частичных резекций легких наиболее важно максимально быстрое расправление оперированного легкого и ликвидация остаточных плевральных полостей. По данным различных авторов [1, 2, 3] развитие бронхоплеврального свища и острой эмпиемы плевры (ЭП) встречается от 2 до 16%. Особенно опасны бронхиальные свищи и ЭП после пневмонэктомии. Таким образом, в современных условиях проблема эффективного лечения послеоперационной ЭП остается актуальной, что требует от торакального хирурга умения выбрать и применить любой из методов лечения этого осложнения.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения на основе анализа причин развития послеоперационных осложнений.

Материал и методы. За период с 2003 по 2009 год в отделении хирургии легких и средостения РСЦХ им. акад. В.Вахидова выполнено 1468 торакальных операций. Из них 1302 большие торакотомные операции, 166 - малоинвазивные. У 72 (4,9%) больных наблюдалась острая послеоперационная ЭП. Лиц мужского пола было - 49(68%), женского - 23(32%) в возрасте от 7 до 74 лет. Заболевание справа диагностировано - у 42(58,3%), слева - у 30(41,7%) больных. По распространению: ограниченная - 47(65,3%), субтотальная - 19(26,4%), эмпиема остаточной полости после пульмонэктомии - 6(8,3%). У 12(16,66%) больных отмечалось нагноение операционной раны.

В 63 случаях явления ЭП ликвидированы консервативно, в 1 случае произведено наложение вторичных швов на рану, в 8 случаях потребовалось проведение повторного оперативного вмешательства: санация плевральной полости, декортикация с плеврэктомией -

3; иссечение желудочно-плеврального свища - 1; резекция оставшейся части легкого по типу пульмонэктомии - 3; операция Ниссена с 3-х реберной торакомиопластикой - 1. Летальный исход - у 2(2,77%) больных. В одном случае был обусловлен как выраженностью основного процесса, так и сопутствующими заболеваниями: проявлениями ишемической болезни сердца и гипертонической болезнью. У второго больного посмертно диагностирована ТЭЛА.

Результаты и обсуждение. При анализе причин, приведших к развитию в послеоперационном периоде ЭП выявлено, что среди данной категории больных как на дооперационном этапе, так интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде были допущены ошибки. У 48 больных до операции имелась патогенная флора в трахеобронхиальном дереве и плевральной полости. Неполноценная антибактериальная терапия могла способствовать интраоперационному инфицированию плевральной полости. Неадекватная интраоперационная оценка функциональности легочной ткани в 17 случаях привела к оставлению морфологически недееспособных участков, что явилось причиной недорасправления легкого, образования остаточной плевральной полости и ЭП. У 12 больных в раннем послеоперационном периоде наблюдалась обструкция сегментарных бронхов с развитием ателектаза. В 9 случаях к ЭП привело длительное нахождение дренажных трубок в плевральной полости вследствие непрекращающейся пневмореи, что в свою очередь говорит о наличии деплеврозированных участков легочной ткани или бронхоплеврального свища.

Выводы. Для профилактики развития послеоперационной ЭП необходимо обеспечение беспрепятственного и полного расправления оставшейся части легкого, что достигается при свободной проходимости бронхов, герметичности плевральной полости, полной эвакуации из плевральной полости воздуха, крови и экссудата, соответствии остатка легкого объему плевральной полости.

Литература:

1. Кротов, Н. Ф. Неудачи и сложные ситуации в торакальной хирургии / Н. Ф. Кротов // *Medinfo Central Asia*. - 2007.

2. Перельман, М. И. Гнойные заболевания легких и плевры: состояние проблемы / М. И. Перельман, О. Н. Отс, С. Д. Даренская // *Третий Конгресс Ассоциации хирургов им Н. И. Пирогова: материалы конгресса*.

3. Roberts, J. R. Minimally invasive surgery in the treatment of empyema: intraoperative decision making / J. R. Roberts // *Ann. Thorac. Surg.* - 2003. - Vol. 76, N 1. - P. 225-230. - *Disc.* 229-230.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЁГКИХ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЛЕВРЫ

Петухов В.И., Русецкая М.О.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Важной проблемой современной пульмонологии и торакальной хирургии является дифференциальная диагностика нагноительных заболеваний лёгких с абсцедирующими злокачественными заболеваниями и туберкулёзными очагами в лёгком, а также экссудативных плевритов неуточнённой этиологии у лиц молодого возраста, не страдающих видимой патологией органов дыхательной и сердечно-сосудистой системы. На сегодняшний день достоверно помогает установить диагноз гистологическое исследование материала, полученного из патологически изменённого очага.

Цель. Оценить возможности клиникоморфологического обследования больных полостными образованиями лёгких и заболеваниями плевры в специализированном торакальном отделении.

Материал и методы. За период с 1 декабря 2008 года по апрель 2010 года в отделении торакальной хирургии ВОКБ обследованы 83 пациента, находившихся в стационаре по поводу полостных образований лёгких и патологии плевры, неуточнённой этиологии (таблица 1).

Из них торакотомия выполнена 7 пациентам, торакоскопически ассистированная торакотомия с биопсией лёгкого и плевры - 7 пациентам, фибробронхоскопия с биопсией - 83 пациентам. Инфильтрация стенок и сужение бронха при фибробронхоскопии отмечена 15 у пациентов.

Результаты и обсуждение. Пятерым пациентам выполнена торакотомия с лобэктомией по поводу хронического абсцесса, двум по поводу острого. В 4 препаратах описана картина хронического абсцесса лёгкого, в двух - острого абсцесса, у одного пациента обнаружены очаги гранулёматозного воспаления и гигантские клетки Пирогова-Лангханса (таблица 2).

Из них торакотомия выполнена 7 пациентам, торакоскопически ассистированная торакотомия с биопсией лёгкого и плевры - 7 пациентам, фибробронхоскопия с биопсией - 83 пациентам. Инфильтрация стенок и сужение бронха при фибро-бронхоскопии отмечена 15 у пациентов у пациентов.

Таблица 1. Распределение пациентов по нозологическим единицам

Количество пациентов	Нозологические единицы		
	Полостное образование		Плеврит
83	О. абсцесс	Хр. абсцесс	28
	28	27	

Результаты и обсуждение. Пятерым пациентам выполнена торакотомия с лобэктомией по поводу хронического абсцесса, двум по поводу острого. В 4 препаратах описана картина хронического абсцесса лёгкого, в двух - острого абсцесса. У одного пациента обнаружены очаги гранулёматозного воспаления и гигантские клетки Пирогова-Лангханса (таблица 2).

Выводы.

При поступлении больных с острыми абсцессами лёгкого и абсцедирующими злокачественными образованиями анамнестических, клинических различий не выявлено. Абсцедирование злокачественных образований отмечено в 21,4% (у 6 пациентов).

Наиболее часто в препаратах встречался плоскоклеточный рак 50% (у 8 пациентов), соотношение женщин к мужчинам составило 1:4,3, средний возраст пациентов со злокачественными образованиями лёгкого составил 62,5±6 лет, что не противоречит данным статистики.

Литература:

1. Власов, П. В. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости / П. В. Власов. - М.: Видар, 2008. - 47 с.
2. Бисенков, Л. Н. Торакальная хирургия / Л. Н. Бисенков. - СПб., 2004. - 626 с.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Пландовский А.В., Татур А.А., Кардис В.И., Попов М.Н., Скачко В. А., Володкович Н.Н., Гончаров А.А., Михович И.Г., Кудин М.П., Климович А.Е.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "10-я городская клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Видеоторакокопия (ВТС) в настоящее время является высокоинформативным диагностическим и эффективным лечебным методом при неспецифическом спонтанном пневмотораксе (СПТ).

Цель. Разработка алгоритма диагностики и лечения

Таблица 2. Распределение пациентов по нозологическим единицам

Количество пациентов	Нозологические единицы						
	Полостное образование				Плеврит		
83	О. абсцесс	Хр. абсцесс	Туберкулёз	Злокачественное образование	Пара-метапневмонический	Злокачественной этиологии	Туберкулёзной этиологии
	36	5	3	11	20	5	3

больных СПТ путём выполнения ВТС-вмешательств в ранние сроки после поступления в стационар.

Материал и методы. В Минском городском центре торакальной хирургии в 1998-2009 гг. на базе отделения торакальной хирургии 10-й ГКБ г. Минска находилось на лечении 1532 больных СПТ. В 1998-2003 гг. в клинике использовались только традиционные методы диагностики и лечения СПТ, а с 2004 года применяется диагностическая и лечебная ВТС.

Результаты и обсуждение. Количество больных со СПТ, основной причиной развития которого является буллезная эмфизема легких, имеет тенденцию к увеличению. Методом выбора при оказании неотложной хирургической помощи при СПТ остается дренирование плевральной полости (ДПП). С 1998 по 2003 г.г. у 108 больных со СПТ при неэффективности ДПП и вакуум-аспирации в течение 4-5 суток проведена передне-боковая или боковая торакотомия с выполнением атипичных аппаратных резекций легкого и химического плевродеза. С 2004 года нами используется алгоритм диагностики и лечения при первичном и рецидивном СПТ. Для выбора рациональной лечебной тактики учитываются анамнестические данные, количество рецидивов СПТ, эффективность его лечения, данные лучевой диагностики (КТ), торакоскопическую оценку изменений лёгких и плевры. После того, как мы отказались от выполнения широкой торакотомии в качестве операционного доступа, у 215 больных выполнена лечебная ВТС. При ВТС у 17 больных (7,9%) потребовался переход на торакотомию при выраженном спаечном процессе (n=12) и в связи с необходимостью проведения верхней лобэктомии (n=5). Характерно, что в последние два года конверсии не производились. Показаниями к проведению диагностического этапа ВТС является СПТ с верифицированной при КТ буллезной трансформацией легкого, при СПТ в анамнезе на контрлатеральной стороне, при рецидивном СПТ и неэффективности ДПП в течение 48-72 часов. При ВТС-вмешательствах после уточнения причины СПТ и выявления зоны бронхоплеврального свища проводим лечебный этап, включающий степлерную резекцию буллезно-изменённых участков легкого, выполнение механического, коагуляционного или химического плевродеза и адекватное дренирование полости плевры. Полное расправление лёгкого в послеоперационном периоде способствует процессу адгезии париетального и висцерального листков плевры. У больных с выраженной эмфизематозной трансформацией легкого, несмотря на применение современных сшивающих аппаратов, двухрядный скобочный шов не обеспечивает достижение 100%-го аэростаза. Развитие в послеоперационном периоде "газового синдрома" требует, пролонгированного активного ДПП с высоким риском развития гнойно-воспалительных интраплевральных осложнений. В 2008-2009 гг. с целью повышения аэростатичности механических швов легкого нами у 22 пациентов была применена их клеевая герметизация латексным тканевым клеем ("Технологии Медицинских Полимеров", С-Петербург, РФ). Мужчин было 18 (81,8%), а женщин 4 (18,2%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 49 лет. Клей в объеме (0,5 - 1,0 мл) равномерно наносили на поверхность шовного валика слоем толщиной 0,1-0,2 мм с обязательным захождением на 1,0 - 1,5 см за его границы. У 11 боль-

ных введение ложки Фолькмана в плевральную полость и аппликацию клея провели через торакопорт (10 мм), у 11 - видеоассистированно через миниторакотомный (4 см) доступ. Полимеризация клея происходила в течение 4-6 минут. У всех пациентов легкое полностью расправилось, и дренажи были удалены на 2-4 сутки после операции. Длительность послеоперационного лечения в среднем составила $9,1 \pm 2,2$ суток. При обследовании больных в сроки от 3 до 18 месяцев после операции рецидивов СПТ не отмечено.

Выводы.

1. Внедрение лечебно-диагностического алгоритма с использованием КТ и ВТС позволило сократить длительность лечения, число осложнений и рецидивов СПТ;
2. Простота применения и высокая эффективность "тканевого латексного клея" в достижении аэростатичности механического шва в процессе лечебной ВТС при СПТ позволяет рекомендовать его использование при проведении экстренных и плановых операций на легких.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ С РАНЕНИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Плечев В.В., Гарипов Р.М., Авзалетдинов А.М., Марфина Г.Ю., Латыпов Ф.Р.
Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа, Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время травма грудной клетки остается одной из самых важных в современной хирургии. Особенности современной жизни, насыщенность ее техникой и высокими скоростями, сложная криминогенная обстановка обуславливают распространенность травматизма и отсутствие тенденции к снижению последнего.

Цель. Определить показания к выполнению видеоторакоскопии при ранениях грудной клетки и улучшить результаты лечения данной категории больных.

Материал и методы. За 5 лет оперировано 383 больных с проникающими осложненными ранениями грудной клетки. Из них 5 больных с огнестрельными ранениями, остальные повреждения были колото-резаные. Повреждение легкого было в - 195 (51%) случаях, сочетанное повреждение легкого и сердца отмечено 53 (14%) случаях, торакоабдоминальные ранения в сочетании с ранением легкого - 114 (29,8%) случаев. Ранение межреберной артерии (в сочетании с повреждением тех или иных органов грудной и брюшной полости) в 102 случаях. 110 пациентов (28,9%) оперировано с использованием видеоторакоскопии.

Результаты и обсуждение. В выборе способа диагностики и оперативного лечения пациентов с ранами грудной клетки мы руководствовались общепринятыми показаниями и противопоказаниями к применению видеоторакоскопии. Так 273 больных (71,1%), поступивших в клинику в тяжелом состоянии с явлениями геморрагического шока, тампонады сердца и др. были оперированы открытым способом. При отсутствии подобной симптоматики методом выбора была видеоторакоскопия или миниторакотомия с видеоподдержкой.

Это позволило обойтись без выполнения травматичной торакотомии в 110 (28,9%) случаев, в том числе, у 28 больных (25,5%) при торакоабдоминальных ранениях, где выполнялась видеоторакоскопия в сочетании с лапаротомией. Конверсия видеоторакоскопии в торакотомию была произведена всего в 3 случаях (2,7%), при обнаружении ранения сердца и перикарда.

Также у больных с ранами грудной клетки мы применяли видеоторакоскопию как достоверный метод диагностики проникающего характера ран в сомнительных случаях, когда при наличии глубокой раны грудной клетки клиническая картина была смазана и отсутствовали каких-либо рентгенологические признаки внутригрудных повреждений. Это позволило оказать своевременную адекватную помощь и избежать развития опасных для жизни осложнений у 35 (31,8%) больных. Больные, поступили в удовлетворительном состоянии, без рентгенологических изменений и снижения показателей крови. Видеоторакоскопия выявила проникающий и торакоабдоминальный характер ран в 20 (18,2%) случаях, ранение сердца в 3 (2,7) случаях, ранение межреберной артерии в 12 (10,9%) случаях.

Вывод. Торакоскопия показана во всех случаях проникающих ранений грудной клетки при условии стабильного состояния больного, отсутствия признаков терминального геморрагического шока, тампонады сердца. Она позволяет выполнить полноценную ревизию органов грудной полости, адекватно оценить характер и объем внутригрудных повреждений, определить показания к торакотомии, что дает возможность избежать диагностических и тактических ошибок.

Литература:

1. Бисенков, Л. Н. Неотложная хирургия груди / Л. Н. Бисенков, Н. В. Бебия, А. Н. Бельских. - СПб.: Изд-тво 'Logos', 1995. - 312 с.
2. Шлаин, Б. И. Проведение операций на лёгких при массивных и сверхмассивных кровопотерях / Б. И. Шлаин, И. М. Булеза // Украин. пульмонолог. журн. - 2005. - № 3. - С. 44-47.
3. Эндоскопическая торакальная хирургия / А. М. Шулуто [и др.]. - М.: Медицина. - 2006. - 392 с.
4. Ранения сердца / М. М. Абакумов [и др.]. - 2004. - 112 с.
5. Неотложная хирургия груди и живота (ошибки диагностики и тактики) / Ф. Х. Кутушев [и др.]. - Ленинград: Медицина. - 1984. - 248 с.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ

Попченко А.Л., Стасевич В.Н., Дударев Д.В.,
Петрова Н.Г., Федоров К.А., Федоренко С.В.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Торакоабдоминальные ранения (ТАР) являются тяжелой травмой и характеризуются проникающими ранениями груди и живота с одновре-

менным нарушением целостности диафрагмы. Несмотря на применение новейших методов диагностики, частота диагностических ошибок достигает 30-70%, а количество "напрасных" торакотомий - 10-12% и не имеет тенденции к снижению [1, 2].

Цель. Проанализировать опыт оказания хирургической помощи пострадавшим с ТАР.

Материал и методы. В основу работы положен ретроспективный анализ хирургического лечения 23 пострадавших с ТАР, оперированных во 2 ГКБ г. Минска в период с 2000 по 2008 г.г. Мужчин было 13, женщин - 10. Средний возраст - $36,9 \pm 2,9$ лет. У 20 пострадавших ранения были ножевыми, у 2 - огнестрельными, у 1 пациентки травма развилась после пункционной биопсии печени.

Результаты и обсуждение. Все наблюдаемые нами ранения были слепыми: правосторонней локализации в 14 наблюдениях, левосторонней - в 9. Локализация ран живота была следующей: эпигастральная область - у 3 больных, подреберная область - у 4. Раны груди располагались в VIII межреберье у 1 пострадавшего, в VII межреберье - у 2, в VI - у 3, в V - у 2, в IV - у 1.

Тактику ведения пострадавших с ТАР определяет своевременная диагностика характера повреждения. Следует признать, что у 5, или у 21,7% пострадавших торакоабдоминальный характер ранения не был диагностирован до операции. Повреждения диафрагмы и диафрагмальной плевры выявлялись только во время лапаротомии. Анализ диагностических ошибок показал, что этому способствовало не только низкое по отношению к реберной дуге расположение ран передней брюшной стенки, но и в немалой степени отсутствие у хирургов настороженности в плане возможного торакоабдоминального характера ранения. У 17 пострадавших ТАР заподозрено в дооперационном периоде на основании клиничко-рентгенологических данных. На первом этапе лечения проводилось дренирование плевральной полости на стороне поражения с последующим динамическим контролем количества и характера отделяемого по дренажу. Лапаротомия проведена всем 23 пострадавшим. Показанием к ней явился установленный при зондировании (1 случай), прогрессивной ревизии раны (14 случаев) или лапароскопии (8 случаев) проникающий характер ранения живота. При этом повреждений органов брюшной полости не выявлено у 4 (17,4%) пострадавших. Следует отметить, что у 2 (50%) из них имело место внутрибрюшное кровотечение из раны передней брюшной стенки; при операции было реинфузировано более литра крови (у каждого). Торакотомия была произведена только в 3 (13,0%) наблюдениях, показанием к ней явилось подозрение на повреждение сердца (1 больной) и продолжающееся внутриплевральное кровотечение (2 больных), которое диагностировали по интенсивности поступления крови по плевральному дренажу - более 300 мл/час на протяжении двух часов. В одном случае источником кровотечения была диафрагмальная артерия, в другом - межреберная.

Выводы. Локализация раны груди ниже VI ребра (живота - в эпигастрии, подреберных областях) требует активного исключения торакоабдоминального характера ранения. При дефиците времени, связанном с необходимостью экстренного оперативного вмешательства и обоснованном подозрении на торакоабдоминальное

ранение, целесообразно дренирование плевральной полости на стороне поражения без инструментального подтверждения диагноза.

Неотложная торакотомия должна производиться по строгим показаниям только в случаях продолжающегося кровотечения и обоснованного подозрения на повреждение сердца.

Литература:

1. Военно-полевая хирургия: учебник / С. А. Жидков [и др.]; под ред. С. А. Жидкова, С. Н. Шнитко. - Минск: БГМУ, 2008. - 350 с.
2. Жидков, С. А. Боевая хирургическая травма: методические указания / С. А. Жидков, В. Е. Корик, В. Г. Богдан; под ред. С. А. Жидкова. - Минск, 2007. - 36 с.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Рахимов Б.М., Руденко М.С., Слугин А.Е.,
Расщепкин А.Ю., Середин Л.В.
МУЗ Клиническая больница №5,
г. Тольятти, Российская Федерация

Актуальность. Торакоабдоминальные (ТАР) повреждения относятся к числу наиболее тяжелых травм как мирного, так и военного времени и составляют одну из трудных проблем неотложной хирургии.

Цель. Улучшение результатов лечения пострадавших торакоабдоминальными ранениями.

Материал и методы. Под нашим наблюдением с 1990 года по настоящее время находилось 177 пострадавших с огнестрельными и колоторезанными торакоабдоминальными повреждениями. Из них пациентов с правосторонними повреждениями было 74 (41,8%), с левосторонними - 103 (58,2%). Частота повреждения внутренних органов при ТАР: печень 56 (31,6%), легкое 45 (25,4%), желудок 17 (9,6%), селезенка 12 (6,8%), сердце 6 (3,4%), толстая кишка 4 (2,3%), трахея 1 (0,6%), без повреждения 61 (34,5%). Для диагностики использовали рентгенологические, торако- лапароскопию, ультразвуковые и клиничко-лабораторные данные. Все пациенты оперированы. Характер, локализация повреждений и количество проведенных оперативных вмешательств при торакоабдоминальных ранениях: Торако+диафрагмотомия - 73 (справа - 42, слева - 31), торако+ лапаротомия - 76 (справа - 20, слева - 56), лапаротомия + дренирование плевральной полости (справа - 8, слева - 11), торако - лапароскопия - 9 (справа - 4, слева - 5).

Результаты и обсуждение. На 177 оперированных больных наблюдали три осложнения: 2 свернувшегося гемоторакса, 1- эвентерация. После операции удаления свернувшегося гемоторакса и ушивания эвентерации пострадавшие выздоровели. Умерло двое больных с ранениями сердца: у одного пострадавшего было множественное ранение сердца заточкой с повреждением перегородок и проводящей системы, другой был доставлен в агональном состоянии со сквозным ранением левого желудочка и тампонадой сердца.

Выводы. Для улучшения результатов лечения

пострадавших торакоабдоминальными ранениями необходимо концентрация таких пострадавших в многопрофильные стационары оснащенных современной лечебно-диагностической базой с круглосуточной квалифицированной дежурной бригадой.

Литература:

1. Boffard, K. D. Manual of Definitive Surgical Trauma Care / D. K. Boffard. - London: ARNOLD, 2005. - 222 p.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛЬНЫХ ФОРМ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРГИДРОЗА

Стебунов С.С., Покляк-Вольский И.И.
ГУ "Республиканский клинический медицинский
центр" Управления делами Президента РБ,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Заболеваемость первичным гипергидрозом составляет по статистике в среднем до 1% населения. Страдают в основном люди молодого, трудоспособного возраста. В этой возрастной группе повышенное потоотделение, не зависящее от физических нагрузок и температуры окружающей среды и доставляющее значительные проблемы, отмечается у 3,7% [2].

Гипергидроз кистей и аксиллярных областей приводит к социальной дискредитации пациента. Медикаментозные, физиотерапевтические и прочие методы вызывают лишь временное облегчение. Симпатэктомия, особенно эндоскопическая, приводит к немедленному и продолжительному улучшению с минимальными неудобствами для пациента [1].

Материал и методы. С 1997 года нами проведено 796 торакоскопических симпатэктоми у 398 пациентов (211 женщин и 187 мужчин). Возраст оперированных больных от 18 до 36 лет (средний - 23,2 года). У 75 пациентов наблюдалась эритрофобия; 122 больной страдал гипергидрозом кистей; 109 - локальным аксиллярным гипергидрозом. У остальных пациентов наблюдалось сочетание ладонного и аксиллярного гипергидроза.

Результаты и обсуждение. Симпатэктомию выполняли электрохирургическим методом. Вмешательство осуществлялось через два порта с помощью микроэндоскопической техники с использованием 5-мм оптики и 2 мм инструментов. Во всех случаях одномоментно проводилась симпатэктомия с двух сторон. Положение пациента на операционном столе - на спине. Однолегочную вентиляцию использовали только в нескольких случаях в начале освоения техники. После визуализации симпатического ствола производилось надсечение плевры над ним и выделение нерва на протяжении от 2-го до 4-го симпатических ганглиев с пересечением нервов Кунца. В большинстве случаев симпатический ствол пересекался ниже 2-го и 4-го ганглиев. При эритрофобии частично иссекался нижний полюс 1-го симпатического ганглия. После иссечения и удаления нерва, контролировался гемостаз и под контролем оптики расправлялось легкое. Плевральная полость не дренировалась. Ана-

логичная операция производилась с другой стороны. После операции больные наблюдались в реанимационном отделении до полного пробуждения. На следующий день все пациенты выписывались домой.

Длительность операций составила от 9 до 22 мин (в среднем - 10 ± 2.6). Эффективность лечения: отличный результат наблюдался в 92 %, хороший результат - 7 %. Средняя длительность стационарного лечения - 1.6 к.д. Во всех случаях гипергидроз проблемных зон прекращался, уже на операционном столе. У небольшой части пациентов наблюдался проходящий компенсаторный гипергидроз спины, живота и бедер. Проходящий синдром Горнера имел место у двух пациенток, оперированных по поводу эритрофобии. При определении отдаленных результатов от 2 до 12 лет у подавляющего большинства пациентов продолжает оставаться нормальное потоотделение. Рецидив гипергидроза наблюдался у 1% оперированных. Трое пациентов оперировались повторно. Всем им произведена симпатэктомия ниже уровня предыдущей резекции с положительным результатом. Причинами рецидива во всех этих случаях считаем сохранение мелких ветвей симпатического нерва, а также вероятность частичной регенерации нервных волокон.

У 10 больных (2,5%) после операции отмечен небольших размеров остаточный карбокситоракс, который не требовал лечебных манипуляций и при рентгенконтроле через 10-12 дней самостоятельно исчезал. Других интра- и послеоперационных осложнений мы не наблюдали.

Выводы. Двухсторонняя торакоскопическая грудная симпатэктомия является в настоящее время достаточно безопасным, самым эффективным и малоинвазивным методом реабилитации больных с чрезмерной потливостью.

Литература:

1. Пинчук, О. В. *Тетра-симпатэктомия с использованием видеоскопической техники в лечении ангиотрофоневроза* / О. В. Пинчук, А. Н. Курицин, А. В. Фоменко // *Эндоскопическая хирургия: тезисы докл. IV Всерос. съезда по эндоскоп. хирургии.* - 2001. - № 3. - С. 65.
2. Стебунов, С. С. *Первичный гипергидроз: диагностика, лечение* / С. С. Стебунов. - Минск, 2009. - 209 с.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Сушко А.А., Жандаров К.Н., Можейко М.А.,
Смирнов А.В., Кропа Ю.С.
УЗ "Гродненская областная клиническая больница",
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Характерной особенностью современного травматизма является большое число тяжелых сочетанных травм, приводящих к критическим состояниям. При тяжелых травмах грудной клетки основными угрожающими жизни нарушениями, требующими неотложной помощи, являются дыхательная недостаточ-

ность, кровопотеря, а также тесно взаимосвязанные с ними сердечнососудистая недостаточность и шок. Хирургическое лечение травмы грудной клетки остаётся актуальной проблемой неотложной хирургии. Клиническая картина её зависит от локализации и степени повреждения органов грудной клетки.

Целью работы являлся выбор оптимальной тактики и способа хирургического лечения закрытой травмы грудной клетки.

Материал и методы. За последние 10 лет в клинике торакальной хирургии кафедры хирургических болезней №1 ГрГМУ на базе Гродненской областной клинической больницы находилось на лечении по поводу травм грудной клетки 237 пострадавших, из которых 91,3% составили пациенты с закрытой травмой грудной клетки. Возраст пациентов колебался от 15 до 76 лет, в среднем составил 30 ± 5 лет. Причиной травм в 62% случаях было падение с различной высоты, в 24% - автоавария, в 14% - удары, сдавления грудной клетки. Переведены в торакальное отделение из других лечебных учреждений области 78% больных через 2-24 дня после травмы с различными осложнениями. Для диагностики локализации и степени повреждения органов грудной клетки применялись современные неинвазивные высокоинформативные методы диагностики: РКТ, МРТ, УЗИ сердца, плевры и легких.

В хирургическом лечении закрытых травм грудной клетки преобладали малоинвазивные вмешательства: плевро- или торакоцентез, видеоторакоскопия (ВТС) и видеоассистированная торакоскопия (ВАТС).

Показаниями к пункции и дренированию плевральной полости являлись пневмоторакс, малый гемоторакс, пневмогемоторакс. Одномоментная аспирация более 1500 мл. свежей крови (сворачивающаяся при пробе Ревелуа - Грегуара), а также кровотечение из дренажа более 200 мл./час в процессе 3 - 4 часового наблюдения являлись показаниями к экстренной ВТС или ВАТС.

Показаниями для экстренной торакотомии являлись массивный сброс воздуха по дренажам с полным коллапсом лёгкого, профузное кровотечение из бронхального дерева с нарушением вентиляции лёгких и продолжающееся профузное кровотечение в плевральную полость или перикард.

Результаты и обсуждение. У 198 пациентов диагностированы одиночные и множественные переломы ребер, у 6 - перелом грудины, у 4 - перелом лопатки, у 7 - разрыв диафрагмы. У одной пациентки диагностирован полный отрыв правого и линейный разрыв левого главного бронхов. У одного пациента диагностирован посттравматический хилоторакс. В 28% случаев имела место сочетанная травма. Среди осложнений травм груди наиболее часто наблюдался газовый синдром. При этом пневмоторакс с подкожной эмфиземой отмечен у 184, геморрагический синдром, проявлявшийся гемотораксом, имел место у 119, сочетание синдромов у 97 больных. В клинику поступило 89 пациентов со свернувшимся гемотораксом и формированием фиброторакса.

Пункции и дренирования плевральных полостей выполнены у 112 пациентов. Экстренные ВТС и ВАТС при проникающей травме грудной клетки выполнены у 98 пациентов. Экстренные торакотомии выполнены у 6 пациентов.

Если в 1986-1995 гг. в клинике у пострадавших с травмой грудной клетки послеоперационная летальность составляла 3,9%, то в 1999-2009 гг. внедрение ВТС и ВАТС позволило снизить летальность до 0,1%. Длительность видеоторакохирургических операций, выполненных методом ВТС и ВАТС у пациентов с проникающими ранениями грудной клетки, составляла не более 1 ч. Инфицирования ран в местах выполнения малой торакотомии и формирования торакопортов не наступило. У всех пациентов отмечена положительная рентгенологическая и клиническая динамика.

Выводы. Резюмируя вышеизложенное, следует заключить, что экстренные ВТС и ВАТС, в отличие от традиционного дренирования плевральной полости и торакотомии, позволяют не только уточнить диагноз, но и надежно остановить внутреннее кровотечение, ликвидировать сброс воздуха, адекватно санировать и дренировать плевральную полость у пациентов с закрытой травмой грудной клетки, а также существенно снизить послеоперационную летальность.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ЛАЗЕРА Nd³⁺+ Y3Al5O12 1064 nm ПРИ РЕЗЕКЦИИ МЕТАСТАЗОВ В ЛЕГКИЕ

Сушко А.А., Можейко М.А.,
Гольшико П.В., Иоскевич Н.Н.,
УЗ "Гродненская областная клиническая больница",
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Видеоторакоскопия (ВТС) и видеоассистированная торакоскопия (ВАТС) являются малоинвазивными и безопасными методами лечения многих заболеваний органов грудной полости. В последние десятилетия в хирургию заболеваний легких и плевры интенсивно внедряются малоинвазивные вмешательства с применением лазера Nd³⁺+ Y3Al5O12 1064 nm.

Целью работы являлось улучшение результатов хирургического лечения больных с опухолями лёгких.

Материал и методы. В отделении торакальной хирургии клиники хирургических болезней №1 ГрГМУ в 1999-2009 гг. прооперировано с применением видеоторакоскопической техники (ВТС) и (ВАТС) 142 больных по поводу спонтанного пневмоторакса, 86 пациента - по поводу острых и хронических эмпием плевры. При лечении свернувшегося гемоторакса видеоторакоскопические вмешательства производились у 69 больных. Оперированы с использованием малоинвазивных методик 25 пациентов с дивертикулами пищевода, 6 - с синдромом Рейно, 182 - с опухолями лёгких и грудной стенки.

Результаты и обсуждение. Лечение 182 пациентов с опухолями лёгких, средостения и грудной стенки проводилось ВТС и ВАТС методиками. У 8 пациентов с метастазами в лёгкие опухолей другой локализации ВАТС методика позволила применить лазер Фотэк ЛК-50-2

"Медиола - Эндо" производства РБ для метастазэктомии. Видеоторакохирургические операции, выполненные по методике ВАТС - лазерной метастазэктомии из лёгкого с использованием аппарата Фотэк ЛК-50-2 "Медиола - Эндо" дают возможность лучшей абластики патологического очага и создают условия для профилактики рецидивов. Видеоторакоскопические вмешательства по предложенной методике отличались меньшей степенью травматичности и кровопотери (различия с группой больных, перенесших торакотомию, по содержанию гемоглобина и эритроцитов, достоверны: p<0,01). Время дренирования плевральной полости составило в среднем 1,4 суток, госпитализации - 11 дней.

Выводы. Лечение больных с опухолями лёгких требует соблюдения комплексного дифференцированного подхода. Использование ВАТС с лазером Фотэк ЛК-50-2 "Медиола - Эндо" производства РБ для резекции метастазов в лёгкие позволяет эффективно уменьшить травматичность операции и кровопотерю, сокращает пребывание больного в стационаре.

РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫХ СВИЩАХ

Татур А.А., Леонович С.И., Гончаров А.А.,
Кардис В.И., Пландовский А.В., Попов М.Н.,
Климович А.Е.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
УЗ "10-я городская клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Трахеопищеводные свищи (ТПС) относятся к тяжелой комбинированной патологии трахеи и пищевода, которая характеризуется высокой частотой гнойно-септических легочных осложнений и быстрым развитием кахексии [1, 2, 3].

Целью работы явилась разработка лечебно-диагностического алгоритма и рационального радикального способа лечения ТПС.

Материал и методы. С 1994 по 2009 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделения торакальной хирургии 10-Й ГКБ г. Минска находилось на лечении 23 больных с ТПС. Если в 1994-01 г.г. их было 6, то в 2002-09 гг. - уже 17, т.е. в 2,8 раза больше. С учетом установленных нами причин их развития: длительная ИВЛ по поводу тяжелых травм и заболеваний (52,2%), интраоперационные повреждения трахеи (17,3%), инородные тела пищевода (13,0%), закрытая травма шеи (8,7%) и ожог пищевода III ст. (4,3%), можно думать о сохранении в будущем тенденции увеличения пациентов с этой жизненно-опасной патологией.

Результаты и обсуждение. Основными методами определения параметров ТПС были ФЭГДС, ФБС и КТ. Свищи локализовались в шейном или верхнегрудном отделах трахеи у 20 больных, в верхне-грудном - у 2, в надбифуркационном - у 1. Их устья имели овальную форму и локализовались в мембранозной части трахеи. Длина ТПС варьировала от 0,8 см до 6 см. Короткие (≤ 1 см) ТПС

были у 12 больных, длинные (>1 см)- у 11, причем с эпителизацией - у 91,3% пациентов. Гигантские (более 3 см) ТПС были у 7 больных (31,8%). У 11 больных (47,8%) свищ сочетался с рубцовым стенозом трахеи (РСТ). При несформированных посттравматических ТПС было эффективно консервативное лечение (9,1%). Комплексная предоперационная подготовка проводилась 21 больному, один из которых умер от бактериальной деструкции легких. 7 больных поступили с гастростомой, еще четверым она была нами наложена. Всего радикальное разобщение ТПС из цервикомедиастинального (95%) или цервикотомного (5%) доступов проведено у 20 пациентов. У 7 из них разобщение фистулы выполнено с традиционной интерпозицией между линиями швов мышечного лоскута [1, 3], причем у одного - с формированием эзофагостомы. У 12 пациентов выполнено радикальное разобщение свища с двухслойной трахеопластикой за счет избытка спаянной с трахеей стенки пищевода и васкуляризованного лоскута тимуса (Патент на изобретение РБ № 12341 от 20. 02. 2008 г.), который ротировали вверх, заводили за трахею, и по периметру ее дефекта, ушитого механическим швом, выполняли тимотрахеопексию в виде заплаты. У 1 больного с ТПС в сочетании с РСТ выполнено одномоментное разобщение ТПС с циркулярной резекцией трахеи (ЦРТ). Через месяц после разобщения ТПС у одной пациентки в связи с неэффективностью эндоскопического лечения РСТ была проведена ЦРТ. Умерло 3 больных, оперированных по классической методике, причем один вследствие несостоятельности швов, медиастенита и аррозийного кровотечения, а двое - от острой легочно-сердечной недостаточности. На втором этапе работы, несмотря на развитие несостоятельности швов (2) и стриктуры пищевода (2), остеомиелита грудной (2) у трех больных (23,1%), случаев реканализации свища не было, и все оперированные пациенты поправились.

Выводы.

1. При радикальном разобщении ТПС оптимально применение аппаратного шва и васкуляризованного лоскута тимуса;

2. При сочетании ТПС и РСТ с протяженностью поражения трахеи до 4- 4,5 см возможно успешное проведение ее сегментарной резекции с эзофагорафией;

3. Рациональная хирургическая тактика с учетом рентген-эндоскопических параметров ТПС в условиях Центра торакальной хирургии позволяет не только надежно разобщить фистулу, но и восстановить функцию, как трахеи, так и пищевода.

Литература:

1. Петровский, Б. В. Трахео-бронхиальная хирургия / Б. В. Петровский, М. И. Перельман, Н. С. Королева. - М.: Медицина, 1978. - 296 с.

2. Татур, А. А. Хирургическое лечение сочетанных приобретенных трахеопищеводных свищей и рубцовых стенозов трахеи / А. А. Татур, В. В. Чайковский, В. Л. Чекан // Военная медицина. - 2008. - № 1. - С. 47-51.

3. Macchiarini, P. Evaluation and outcome of different surgical techniques for postintubation tracheoesophageal fistulas / P. Macchiarini, J. P. Verhoye, A. Chapelier // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 2000. - Vol. 119. - P. 268-276.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ

Татур А.А., Леонович С.И., Чайковский В.В., Чекан В.Л., Гончаров А.А., Стахивевич В.А., Богачев В.А., Климович А.Е.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",

УЗ "10-я городская клиническая больница", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В лечении рубцовых стенозов трахеи (РСТ) традиционно используются хирургические и эндоскопические методы, общепринятые показания к применению которых в настоящее время не разработаны [1, 2].

Целью работы явилось определение показаний и оценка результатов применения циркулярной резекции (ЦРТ), этапных реконструкции (ЭРТ) и эндоскопической реканализации трахеи (ЭРТ) в лечении РСТ.

Материал и методы. За период за 1995-2008 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделения торакальной хирургии 10-й ГКБ г. Минска и РКБПГриС проведено клинико-рентгенэндоскопическое обследование и лечение 104 больных с РСТ.

Результаты и обсуждение. ЦРТ из цервикомедиастинального доступа с формированием межтрахеального (20) и гортано-трахеального (10) анастомозов была выполнена 30 пациентам (28,8%) при РСТ I-III ст. протяженностью до 4,0-4,5 см. Относительными противопоказаниями к ЦРТ явились функционирующая трахеостома, трахеопищеводный свищ (ТПС), гнойный трахеобронхит, некупированный гнойно-воспалительный процесс в зоне оперативного доступа, тяжелая сопутствующая патология, пожилой возраст, абсолютными - протяженность стеноза трахеи более 4,5 см, ларинготрахеальный стеноз с верхней границей ближе, чем 2 см от голосовых складок. В 1995-2000 гг. от гнойных цервикомедиастинальных осложнений умерло двое больных, и хорошие результаты были получены у 66,7% больных. После разработки и внедрения в практику лечебно-диагностического алгоритма [3] в 2001-08 г.г. у 24 больных ЦРТ была выполнена с применением васкуляризованного лоскута тимуса (Патент на изобретение РБ № 12756 от 20. 02. 2008 г.). Пяти больным ЦРТ была проведена после деканюляции, эндоскопического поддержания просвета и заживления трахеального свища. Хорошие результаты получены у 91,7% больных, удовлетворительные - у 8,3% пациентов, которым проводится Т-стентирование по поводу рестеноза. При одно- или многоуровневом стенозе протяженностью $\geq 4,5$ см в сочетании с трахеостомой или ТПС, при высоком (менее 2 см от связок) подскладочном стенозе гортани, гнойном трахеобронхите проводились ЭРТ. ЭРТ, выполненные 54 больным (51,9%) с применением Т-образного стента, пока завершены по разным причинам у 35 (65%). Самостоятельное заживление дефектов трахеи отмечено у 3 больных (5,6%), а 10 пациентам (18,5%) выполнена аутохондропластика переднебоко-

вых трахеальных дефектов. После стойкой в течение 4 недель стабилизации просвета трахеи с ее глубиной более 9-10 мм у 22 пациентов выполнена кожно-мышечно-кожная, у 7 - кожно-мышечно-хрящевая трахеопластика. Причины смерти у двух больных в процессе ЭРТ не были непосредственно связаны с операцией. Хорошие и удовлетворительные результаты при ЭРТ получены у 92,3%. ЭРТ продолжаются у 19 (35%) в сроки от 4 нед. до 36 мес. Основным недостатком данной методики является непрогнозируемая длительность лечения, которая связана с неодновременным созреванием рубцовой ткани на фоне рецидивирующего хронического трахеита. Nd-YAG- лазерная реканализация применена нами у 42 больных, причем у 20 с короткими (до 1 см) рубцово-грануляционными стенозами как окончательный метод лечения. У 22 больных с протяженными РСТ она применялась в процессе их подготовки к ЦРТ (5) или в ходе ЭРТ (17), как альтернатива повторным открытым операциям.

Выводы:

1. Локализация, степень, количество уровней и протяженность стеноза, наличие ТПС, общее состояние пациента являются основными критериями выбора метода лечения РСТ;

2. ЦРТ показана при ограниченных (1 - 4 см) РСТ I-III ст., ЭЛР - при рубцово-грануляционных коротких (до 1 см) стенозах, а ЭРТ - при распространенных и многоуровневых стенозах протяженностью более 4,5 см;

3. Лечение больных с РСТ должно проводиться в специализированных Центрах торакальной хирургии, имеющих круглосуточную эндоскопическую службу и опыт в трахеальной хирургии.

Литература:

1. Междисциплинарный подход к классификации приобретенных рубцовых стенозов трахеи / А. А. Татур [и др.] // *Здравоохранение*. - 2008. - № 7. - С. 44-48.

2. Хирургия трахеи и бронхов / М. И. Перельман [и др.] // *Анналы хирургии*. - 2001. - № 1. - С. 30-35.

3. Grillo, H. C. *Surgery of the Trachea and Bronchi* / H. C. Grillo // *BC Decker Inc. - Hamilton-London*. - 2004. - 872 p.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КИСТОЗНО-БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ ЛЕГКИХ

Тимербулатов В.М., Плечев В.В.,
Латыпов Ф.Р., Авзалетдинов А.М.,
Булгаков Я.У., Марфина Г.Ю., Ионис Е.Ю.
Башикирский государственный медицинский университет,
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Заболеваемость кистозно-буллезной болезнью имеет тенденцию к увеличению. Совершенствование методов диагностики данного заболевания широкое использование в клинической практике компьютерной томографии легких, позволила улучшить выявляемость данного заболевания.

Цель. Определить тактику ведения пациентов при

выявлении у них кистозно-буллезной эмфиземы легких.

Материал и методы. За 5 лет в отделение торакальной хирургии поступило 210 больных кистозно-буллезной эмфиземой легких. Из них 176 (66,6%) больных поступили в экстренном порядке в связи с развившимися осложнениями, причем 50 пациентов поступали более 1 раза. 88 (33,3%) больных поступило в плановом порядке. (всего 264 случая поступления).

Экстренно пациенты поступали преимущественно по поводу развития пневмоторакса - 160 (91%) случаев, спонтанной подкожной эмфиземы - 4 (2,2%), гемопневмоторакса - 10 (5,7%) кровохарканья - 2 (1,1%). У 89 больных отмечалось правостороннее поражение, у 68 - левостороннее. В трех случаях отмечен двухсторонний пневмоторакс.

Результаты и обсуждение. Всем больным, поступившим с пневмотораксом, лечение начиналось с проведения плевральной пункции. Исключение составили два случая верхушечного пневмоторакса, при которых пункция не выполнялась, и три случая у больных с сопутствующей бронхиальной астмой, где сразу было выполнено дренирование плевральной полости. При отсутствии тенденции к расправлению легкого больным проводилось дренирование одним и, последовательно, при отсутствии расправления легкого вторым дренажом. При отсутствии эффекта от лечения в течение 4 суток больному проводилось оперативное лечение в срочном порядке.

В случае успешного расправления легкого посредством пункции или при дренирования всем пациентам, в обязательном порядке выполнялась компьютерная томография легких.

В случае выявления кистозно-буллезных изменений в легких проводилось оперативное лечение-атипичная резекция пораженных участков легкого и плевродез. За 2005-2009 годы проведено 118 миниторакотомий с видеоассистенцией, 27 видеоторакоскопических резекций легкого и 42 торакотомии.

Показанием к торакотомии являлся выраженный спаечный процесс в плевральной полости, гемопневмоторакс и переход к лобэктомии. Во всех остальных случаях проведены малоинвазивные оперативные вмешательства. За данное время после оперативного лечения отмечено 2 рецидива, разрешившихся пункционно. В случае отказа от оперативного лечения при наличии кистозно-буллезных изменений в легких, больные, наблюдавшиеся в 2005-2007 годах, поступили в наше отделение в экстренном порядке с развившимися осложнениями кистозно-буллезной болезни. Также хочется отметить тот факт, что у половины больных с спонтанным пневмотораксом и отсутствием изменений на компьютерной томограмме отмечался рецидив пневмоторакса в ближайшие два года от первоначального поступления поступления. У 6 пациентов после проведенного гистологического исследования посланного материала выявлен туберкулез.

Выводы. Кистозно-буллезная болезнь легких - заболевание, лечение которого должно осуществляться оперативным путем, который позволяет предотвратить развитие серьезных осложнений и улучшить качество лечения пациентов.

Литература:

1. *Эндоскопическая торакальная хирургия* / А. М.

Шулутко [и др.]. - М.: Медицина. - 2006. - 392 с.

2. Бисенков, Л. Н. Неотложная хирургия груди / Л. Н. Бисенков, Н. В. Бебия, А. Н. Бельских. - СПб.: Изд-во 'Logos', 1995. - 312 с.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В 432 ГВКМЦ

Томашук И.И., Гомбалецкий Д. В., Пландовский В.А.
432 Главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь,
г. Минск, Республики Беларусь

Актуальность. В последние 20 лет наиболее интенсивно развивающейся областью хирургии являются малоинвазивные оперативные вмешательства с использованием видеотехники. Уже для всех очевиден успех применения новой техники оперирования в общей хирургии, гинекологии, урологии и других разделах хирургии. Что касается выполнения видеоторакоскопических (ВТС) операций, то они достойно заняли своё место в диагностике и лечении больных с заболеваниями органов грудной клетки и стали широко применяться в нашем лечебном учреждении.

В период с 1993 по 2009 годы в отделении торакальной хирургии выполнено 1734 видеоторакоскопических

вмешательств. Из них 1617 лечебных и 117 диагностических. При болезни Рейно, синдроме Рейно, облитерирующих заболеваниях артерий верхних конечностей, гипергидрозе, каузалгии выполнялась верхняя грудная симпатэктомия. При заболеваниях поджелудочной железы (хронический панкреатит, рак), для купирования болевого синдрома выполнялась операция спланхисимпатэктомия. Больным, с рецидивирующим неспецифическим спонтанным пневмотораксом, выполнялась атипичная резекция сегмента лёгкого и субтотальная парие탈ная плеврэктомия. Больным с доброкачественными опухолями лёгких выполнялась атипичная резекция лёгкого с опухолью или прецизионное удаление опухоли. Видеоторакоскопическое удаление верхней доли правого легкого по поводу хронического абсцесса произведена одному пациенту. Пациентам с пептической язвой гастроэнтероанастомоза после резекции желудка, язвенной болезнью выполнялась наддиафрагмальная стволовая ваготомия (таблица 1).

Для верификации заболеваний лёгких, плевры выполнялась ВТС биопсия лёгкого, плевры, лимфатических узлов средостения.

Установлены следующие патогистологические диагнозы (таблица 2)

Различные осложнения (внутриплевральное кровоизлияние, подкожная эмфизема, послеоперационный плеврит, рецидив спонтанного пневмоторакса) отмечены у 25 больных, что составило 1,4%.

Выводы. По своим возможностям ВТС оказалась сравнимой с торакотомией, однако по травматичности, количеству койко-дней, срокам реабилитации пациента, косметическому эффекту, количеству осложнений ВТС имеет явное преимущество перед торакотомией.

Таблица 1.

ВТС атипичная резекция легкого	117
ВТС грудная симпатэктомия	1476
ВТС спланхисимпатэктомия	9
ВТС наддиафрагмальная ваготомия	1
ВТС удаление новообразований средостения	6
ВТС лобэктомия	1
ВТС удаление инородного тела из плевральной полости (пуля-2, игла-4), свершившийся гемоторакс (1)	7
Всего:	1617

Таблица 2.

Диссеминированные заболевания лёгких	Количество
Саркоидоз	79
Меланомы	1
Амфилоидоз	1
Гистиоцитоз «Х»	1
Гранулематозный процесс	1
Пневмосклероз	9
Синдром Хаммена-Риша	1
Мелкоклеточный рак лёгкого	2
Гемосидероз	1
Лейомиомы	1
Аденокарциномы	3
Мезотелиомы	1
Васкулит	1
Почечно-клеточный рак	2
Плеврит неясной этиологии	13 (из них туберкулёз-5)
Всего	117

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ

Фатихов Р.Г., Исмагилов Ф.Ш., Чижиков А.В.,
Булгаков Я.У., Латыпов Ф.Р., Азизян В.С.
Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Травматизм является одной из трех основных причин смертности населения, причем у мужчин в возрасте до 40 лет эта причина выходит на первое место. Летальность, при осложненных травмах груди достигает 8-10%. Проблема травмы грудной клетки остается одной из самых актуальных в современной хирургии и травматологии. Повреждения груди, являясь одной из основных причин летальности травматологических больных, по частоте распространения занимают третье место после повреждений конечностей и головы.

Цель. Улучшить результаты лечения данной категории больных путем использования малотравматичных методов оперативного лечения.

Результаты и обсуждение. За период с 2003 по 2009 гг. в клинике с закрытой травмой груди пролечено 758 больных. Среди доставленных в клинику костный каркас

был поврежден у 649 (85,6%) человек. Основным клиническим проявлением у них являлось наличие "газового" синдрома и гемоторакса - 83,8 %. Это объясняется тем, что в центр торакальной травмы, расположенный на базе клиники госпитальной хирургии, доставляются в основном пациенты с проникающими ранениями груди и закрытой травмой груди, осложненной повреждениями внутренних органов. Проявления "газового синдрома" увеличивались, в зависимости от тяжести повреждений каркаса грудной стенки. При переломе 1-2 ребер газовый синдром наблюдался в 10,1% случаев, при множественных переломах без патологической подвижности - в 17,1%, с патологической подвижностью - у 21,4%, при двусторонних - в 25,2%. Основное лечение напряженной эмфиземы средостения заключалось в декомпрессии средостения. В случае ее безуспешности, проводились мероприятия по устранению первопричины - ликвидации клапанного пневмоторакса, ушивании разрыва бронха, легкого.

Основным лечебным пособием при осложненной закрытой травме груди являлся торакоцентез с последующим дренированием плевральной полости - 551 (72,4%) операций. Адекватное дренирование плевральной полости позволяло расправить легкое, устранить сдавление и смещение органов средостения.

Видеоторакокопия проведена 68 пострадавшим (8,9%), что позволило уточнить топоику и характер повреждений органов грудной клетки, санировать плевральную полость, ушить повреждения легочной ткани, провести декорткацию легкого, обеспечить гемостаз, произвести реинфузию излившейся в плевральную полость "свежей крови" и профилактику отсроченного повреждения легкого. У 72 (9,5%) больных произведена миниторакотомия с видеоподдержкой, необходимая в тех случаях, когда требовалось использование костного набора для резекции отломков ребер (11 больных), при синдроме вторичных повреждений. Этим доступом ушивались разрывы диафрагмы, проводилась ее пластика.

При невозможности торакоскопической коррекции повреждений внутренних органов, нарастающих явлениях геморрагического шока и дыхательной недостаточности 44 (5,8%) больным произведена торакотомия.

Вопрос о хирургической иммобилизации решался при наличии клиники "парадоксального дыхания", а также некупирующимся болево синдроме, обусловленной интерпозицией фрагментов ребер. Восстановление реберного каркаса у 23 (3%) больных осуществлялось путем создания фиксации фрагментов ребер с помощью полиспасного шва и синтетической сетки, что предотвращало смещение отломков ребер, изолировало их края от окружающих тканей, препятствуя вторичному повреждению легкого.

Анализируя различные способы фиксации фрагментов ребер, мы пришли к выводу, что необходим метод, который сочетает простоту исполнения, доступность и физиологичность. С этой целью был использован алломатериал из серии "Аллоплант" обладающий высокими прочностными нагрузками и пластичностью (патент на изобретение № 2213533). Сущность метода заключается в том, что после скусывания концов фрагментов ребер в

образовавшийся дефект в виде "распорки" вставляется алломатериал с последующей фиксацией его медицинским клеем "Сульфакрилат" и алломатериалом из твердой мозговой оболочки. При этом создается "подвижная" фиксация ребер. С помощью данного способа устраняется реберный клапан, уменьшается болевой синдром, восстанавливается подвижность грудной клетки, дыхательные экскурсии достигают должного объема. Применение выше указанных технологий позволило сократить пребывание больных в стационаре в 1,6 раза.

Выводы.

Разработанная хирургическая тактика лечения и алгоритм ведения при закрытой осложненной травме груди позволил улучшить клиническое течение этой категории больных, благодаря минимальной операционной травме и маловыраженному болевому синдрому, уменьшить летальность до 1,7 % у оперированных больных.

Литература:

1. Эндоскопическая торакальная хирургия / А. М. Шулуток [и др.]. - М.: Медицина, 2006. - 392 с.
2. Бисенков, Л. Н. Неотложная хирургия груди / Л. Н. Бисенков, Н. В. Бебия, А. Н. Вельских. - СПб.: Изд-во "Logos", 1995. - 312 с.
3. Военно-полевая хирургия / под ред. Э. А. Нечаева. - СПб., 1994. - 305 с.

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КУЛЬТИ БРОНХА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ

*Худайбергенов Ш.Н., Пахомов Г.Л., Ирисов О.Т.,
Хаялиев Р.Я., Эшонходжаев О.Д.
РСЦХ имени академика В. Вахидова,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность. Внедрение для профилактики хронических обструктивных заболеваний легких (ХОБЛ) современной технологии неинвазивных аэрозольных способов быстрой доставки препаратов в дыхательные пути способствует высокой местной активности ингаляционных средств [1, 2, 3]. Операционная травма, ИВЛ во время и после операции, вынужденный постельный режим приводят к гиповентиляции легких, бронхопневмониям, бронхиальной обструкции, нарушению отхождения мокроты. Небулайзерная терапия (НТ) позволяет осуществить быстрое и высокоэффективное местное фармакологическое воздействие, а также проводить профилактическое воздействие на дыхательные пути у больных с ХНЗЛ в предоперационном периоде, а также эффективно проводить лечение возможных бронхолегочных осложнений. Купируется бронхообструктивный синдром, уменьшается одышка, улучшаются показатели ФВД. Отмечается лучшее отхождение мокроты в результате улучшения её реологических свойств [1, 3]. Все вышеперечисленное значительно снижает риск развития послеоперационных осложнений и приводит к быстрому

восстановлению респираторной функции.

Цель. Оценить эффективность НТ в профилактике недостаточности культи бронха после пневмонэктомии.

Материал и методы. В работе использовали небулайзеры OMRON HEALTHCARE NE-CX2 (Япония), MICROLIFE (Switzerland), создающие поток 8-10 л/мин. Интересные результаты получены при изучении влияния сопутствующей патологии на частоту развития недостаточности культи бронха (НКБ) после пневмонэктомии (ПЭ). Наиболее частыми заболеваниями были ХОБЛ и сердечнососудистая патология. Так из 390 больных у 207 (53,1%) выявлена сопутствующая ХОБЛ, на фоне которой после ПЭ у 36 (17,4%) пациентов отмечено развитие НКБ. В свою очередь, среди 183 (46,9%) пациентов без сопутствующей ХОБЛ это осложнение отмечено только в 2,7% (5 больных) случаев. То есть, наличие ХОБЛ повышало риск развития НКБ более чем в 6 раз. Основным механизмом развития НКБ в этих ситуациях была активация хронической патологии оставшегося легкого на фоне обструкции. ХОБЛ повышает риск развития НКБ в большей степени после ПЭ справа, где частота достигает 22,2%, при этом ПЭ слева у этого контингента больных сопряжена с риском НКБ в 14,8% случаев.

Результаты и обсуждение. Внедрение НТ позволило в основной группе снизить риск обострения ХОБЛ до 16,1% после ПЭ слева и 17,2% после ПЭ справа. При этом частота развития НКБ на фоне сопутствующей ХОБЛ уменьшилась до 3,2% и 6,9% соответственно. В целом, в контрольной группе ХОБЛ диагностирована до операции у 273 пациентов, что составило 57,2%, частота обострения ХОБЛ после операции достигла 52,4%, а развитие НКБ на фоне обострения достигло 16,5%. В основной группе сопутствующая ХОБЛ выявлена у 60 больных (61,2%), активация после операции отмечена у 10 (16,7%) пациентов, а развитие НКБ только у 3 пациентов, что составило 5,0%. Результаты лечения больных доказали перспективность использования НТ лекарственных препаратов как в до-, так и послеоперационном периоде, отмечается более быстрая регрессия клинико-рентгенологических проявлений, снижение количества выделяемой мокроты и более быстрая нормализация температурной кривой.

Выводы

1. У больных онкологического профиля, которым планируется ПЭ, частота сопутствующей ХОБЛ составляет 53,8% (248 из 462) пациентов, в свою очередь обострение ХОБЛ после выполнения ПЭ наблюдается у 48,8% больных, а риск развития НКБ на этом фоне достигает 16,5%, что требует включения в до и послеоперационную программу лечения специфических мер по профилактике развития этого осложнения.

2. Внедрение НТ для профилактики ХОБЛ способствует не только достоверному улучшению показателей частоты дыхания ($p < 0,01 - 0,002$) и функциональных дыхательных проб ($p < 0,001$), но и снижению частоты обострения обструктивного синдрома с 52,4% (143 из 273 больных) до 16,7% (10 из 60 больных), что обуславливает снижение риска развития НКБ с 16,5% (45 из 273 больных) до 5,0% (3 из 60 больных).

Литература:

1. Авдеев, С. Н. Использование небулайзеров в

клинической практике / С. Н. Авдеев // Рос. мед. журн. - 2001. - Т. 9, № 5. - С.198-194.

2. Practical Handbook of Nebulizer Therapy / J. Boe [et al.]. - London, 2004. - P. 67-69.

3. Muers, M. F. Nebulizers in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease / M. F. Muers, L. A. Wedzicha / Eur. Respir. Rev. - 2000. - Vol. 10. - P. 511-515.

ВОЗМОЖНОСТИ Т-ОБРАЗНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

Худайбергенов Ш.Н., Пахомов Г.Л., Эшонходжаев О.Д., Ирисов О.Т., Хаялиев Р.Я.,
Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В. Вахидова
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Рубцовый стеноз трахеи - опасное для жизни и инвалидизирующее заболевание, остается в настоящее время актуальнейшей проблемой торакальной хирургии, эндоскопии и оториноларингологии.

Цель: улучшение результатов эндохирургической коррекции рубцовых стенозов трахеи.

Материал и методы. На стационарном лечении находился 101 пациент с рубцовыми стенозами трахеи. Из них 85 больных пролечены в Центре Грудной Хирургии (n=85) г. Краснодар, Россия, с декабря 2002 по март 2008 гг. и в Республиканском Специализированном Центре Хирургии им. акад. В. Вахидова г. Ташкент, Узбекистан, (n=16) с 2006 г по 2009 г. Возраст больных колебался от 6 до 72 лет. Средний возраст составил $35,15 \pm 1,6$ лет. Среди них 52 лиц мужского пола (55,9%) и 41 женского (44,19%). Больные были подвергнуты комплексному обследованию, включающему как общеклинические, так и эндоскопические методы (фибробронхоскопия и ригидная бронхоскопия), КТ и МСКТ с 3D-реконструкцией и виртуальной бронхоскопией.

Стенозы локализовались в шейном отделе трахеи в 34 (33,7 \pm 4,7%) случаях, у 31 (48,5 \pm 5,0%) больных имелось сужение грудного отдела трахеи, трахеогортанная локализация встретилась у 18 (17,8 \pm 3,8%) больных, сочетанное поражение гортани и грудного отдела трахеи имелось у 3 (3,0 \pm 1,7%) больных, а в 15 случаях были рубцово сужены шейный и грудной отделы трахеи (14,9 \pm 3,5%). РСТ был осложнен пищеводно-трахеальным свищом у 3 больных и кожно-трахеальной фистулой в одном случае.

Протяженность стенозированного участка у больных варьировала от 0,3 до 6 см и составила в среднем $2,63 \pm 0,13$ см. Наиболее часто (56,4%), встречались РСТ протяженностью более 2 см.

Результаты и обсуждение. У 45 больных выполнено стентирование трахеи эндопротезами различной модификации и модели. После проведенной бронхоскопической лазерной фотодеструкции и бужирования с целью предотвращения роста грануляций и рестенозирования, а также для формирования просвета трахеи у 4 больных использованы Т-образные эндопротезы. Для этого под общим внутривенным обезболиванием с миорелаксантами, под контролем бронхоскопа производилось

введение и установка Т-образных эндопротезов. Диаметр стента и длину проксимальной и дистальной части определяли по данным фибробронхоскопии и МСКТ. Удобство и преимущества применения Т-образного эндопротеза заключаются в сохранении существующей трахеостомы, возможности очистки налета с внутренней поверхности стента через перпендикулярное колено, а также сохранение дыхания через естественные дыхательные пути и соответственно возможность фонации. После удаления Т-образных эндопротезов в 2-х случаях произведена пластика дефекта передней стенки трахеи по Бокштейну, в 1 случае в связи с наличием обширного дефекта передней стенки трахеи и мягких тканей передней поверхности шеи произведена микрохирургическая пластика префабрикованным дельтопекторальным аутореберным лоскутом с аутодермопластикой. У 1 больной со стенозом трахеи осложненным пищеводно-трахеальной фистулой на фоне Т-образного стентирования свищ был ликвидирован и после извлечения эндопротеза произведена циркулярная резекция трахеи. Осложнений в виде миграции и обтурации Т-образного стента не наблюдалось. Во всех 4-х случаях с использованием Т-образных эндопротезов получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Выводы. Эндопротезирование трахеи Т-образным эндопротезом у больных с рубцовыми стенозами позволяет сформировать достаточный просвет трахеи, реабилитировать больных по сопутствующей патологии, сохранить возможность дыхания через естественные дыхательные пути и фонацию, исключает риск миграции и обтурации стента и позволяет подготовить к реконструктивным и пластическим операциям.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

*Шестюк А.М., Карпицкий А.С., Боуфалик Р.И.,
Панько С.В., Журбенко Г.А., Вакулич Д.С.
УЗ "Брестская областная больница",
г. Брест, Республика Беларусь*

Актуальность. Повреждения пищевода является грозной патологией с общей летальностью 28-85%. Использование современных эндохирургических технологий в неотложной хирургии пищевода растет с каждым годом, что объясняется стремлением к снижению травматизма оперативного вмешательства на фоне тяжелого состояния.

Цель. Показать возможности и преимущества торакаскопического ведения больных с повреждениями пищевода различной этиологии.

Материал и методы. Нами, в отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы, за последние 8 лет наблюдалось 15 больных с повреждением грудного отдела пищевода. Средний возраст больных составил 58 лет. Причиной повреждения пищевода в 40% были медицинские манипуляции: в 4 случаях - ФГДС, в двух - бужирование пищевода после химического ожога пищевода. У двух больных перфорация пищевода

возникла инородным телом, в 40% разрыв носил барогенный характер. У одного больного причиной повреждения пищевода был его тотальный химический ожог щелочью. В 60% случаев больные поступали в специализированный стационар позже 24 часов от начала заболевания. Выявлено, что причиной "ошибок" в установлении достоверного диагноза в большинстве случаев явилась неверная трактовка симптомов заболевания врачом при первичном осмотре, что привело к ошибкам в диагностике и выборе тактики лечения, иногда к неоправданным операциям. В 5 случаях больные первично поступали в хирургический стационар и изменения в их состоянии трактовались как прободная язва (n=2), эмпиема плевры (n=1), паратонзиллит (n=1), пневмоторакс (n=1). В остальных случаях пациенты лечились в терапевтическом стационаре (n=2) и амбулаторно (n=1) по поводу полисегментарной пневмонии.

Результаты и обсуждение. Торакаскопические методики применяли при лечении 8 больных. У 2 больных торакоскопия носила диагностический характер. В одном случае выявлена облитерация плевральной полости, в другом значительная инфильтрация клетчатки средостения, что не позволило выявить зону перфорации пищевода и привело к необходимости перехода в торакотомию. У 6 больных видеоторакоскопия явились основным хирургическим пособием. В 2 случаях произведена тотальная торакаскопическая задняя медиастиномия, некрэктомия, дренирование полости плевры доступом через правую плевральную полость. У одного пациента, с абсцессом средостения в результате перфорации пищевода, торакаскопически произведено вскрытие, санация и дренирование полости гнойника. У 2 пациентов с синдромом Бурхаве и одного с перфорацией после бужирования химического ожога пищевода, применена собственная методика торакаскопического лечения разрывов наддиафрагмального отдела пищевода (патент ВУ № 11816). Особенностью данного способа является то, что в процессе операции осуществляется фиксация дренажа в просвете пищевода с одновременным проведением назоинтестинального зонда для энтерального питания. Это позволяет сформировать трубчатый пищеводно-плеврокожный свищ на дренаже, который заживает самостоятельно после его удаления и проводить полноценное энтеральное питание без наложения гастростомы. Результатом проведения торакаскопических вмешательств было отсутствие выраженного болевого синдрома, что сопровождалось применением только ненаркотических анальгетиков и позволяло активизироваться больным уже в первые сутки после операции. В результате проводимого лечения симптомы интоксикации ликвидировались к 10 суткам. Температурная кривая нормализовалась к 7-10 суткам. Гнойное отделяемое по дренажам прекращалось в среднем к 6 суткам послеоперационного периода. К 7 дню после операции снижалось содержание лейкоцитов в периферической крови: в среднем с 13,9 тыс/мкл. при поступлении до 9,5 тыс/мкл. и ЛИИ с 4,8 до 0,47 соответственно, что свидетельствовало о купировании воспалительных явлений и отсутствии осложнений. При рентгенологическом исследовании пищевода на момент выписки затеков контраста за пределы пищевода и деформации его просвета не отмечено. В группе больных

прооперированных с использованием торакоскопических технологий летальных исходов не было.

Выводы. Торакоскопический способ ведения больных обладает меньшей травматичностью в сравнении с стандартными методиками, что позволяет применять ее у больных в тяжелом состоянии, приводит к быстрому купированию воспалительных явлений в очаге воспаления и уменьшить количество послеоперационных осложнений.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ

Шнитко С.Н., Пландовский В.А.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
432 Главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Диагностика и лечение огнестрельных ранений груди (ОРГ) остается актуальной проблемой из-за большого удельного веса этой патологии среди травм военного времени (7-15%), а также высокой летальности (у более чем 50% умерших от травм - основная причина смерти - повреждение органов грудной клетки). При этом ошибки в диагностике и лечении ОРГ встречаются более чем в 30% случаев [1, 2].

Цель. Предложив алгоритмы хирургической тактики при огнестрельных ранениях груди улучшить результаты их лечения.

Материал и методы. В период с 1985 по 2009 гг. на лечении в отделении торакальной хирургии 432 ГВКМЦ ВС РБ находилось 136 пострадавших с открытыми травмами груди, что составило 26,4% от всех повреждений грудной клетки. Из них у 96 (70,6%) ранения были нанесены огнестрельным оружием, у 40 (29,4%) - колющими и режущими предметами. Учитывая особенности течения травматической болезни при ОРГ, мы сочли необходимым подробнее остановиться именно на них. У 70 (72,9%) пострадавших с ОРГ имелись пулевые ранения, у 26 (27,1%) - осколочные. Сквозные ранения диагностированы у 50 (52,1%), проникающие ранения с повреждением органов грудной полости - у 81 (84,4%).

Результаты и обсуждение. По результатам обследования, торакоцентез и активное дренирование плевральной полости выполнены у 70 (72,9%) пострадавших с признаками пневмо- и гемоторакса. Одновременно им проводилась противошоковая терапия с восполнением кровопотери.

Хирургическая обработка ран (ХОР) осуществлена у 10 (10,4%) пострадавших. Мы не согласны с авторами, рекомендующими во всех случаях проводить ее с расширением раны груди и иссечением стенок раневого канала, позволяющими якобы удостовериться в проникающем

характере ранения. Считаем, что при огнестрельных ранах груди без разможенных краев, диаметр которых не превышает 2,5 см, при отсутствии открытого пневмоторакса, повреждений крупных сосудов и нервных стволов, хирургическую обработку можно не делать. Достаточно обколоть рану раствором новокаина и наложить повязку с антисептиками [3].

Торакотомия в разные сроки после ранения осуществлена у 11 (11,5%) пострадавших с ОРГ. Практика убедительно подтверждает, что, в зависимости от сроков, вида повреждения и возникших осложнений, следует различать 3 вида торакотомий (неотложную, срочную и отсроченную).

Показания к неотложной торакотомии установлены у 4 пострадавших, поступивших в отделение в течение 1,5 часов после ранения при одномоментной потере свыше 1200 мл крови, струйном выделении ее из плевральной полости и положительной пробе Рувилуа-Грегуара, при капельном выделении 100 мл крови и более за 15 мин и ранении сердца. Ранняя торакотомия выполнена в течение первых суток у двух пациентов с возобновившимся кровотечением и ранением пищевода. У 2-х раненых из-за сохраняющейся у них несостоятельности легочной ткани и неэффективности плеврального дренирования проведена отсроченная торакотомия. У 3 человек для извлечения из легкого крупных (более 1 см в диаметре) инородных тел осуществлена видеоторакоскопия.

В послеоперационном периоде у 5 раненых развилась эмпиема плевры, у 8 - пневмония, у 9 - наблюдалось нагноение раны. Умерли 3 пострадавших (3,1%), два - с ранениями сердца, один - с повреждением легкого, диафрагмы, селезенки, желудка и поджелудочной железы.

Выводы.

1. Успех лечения при огнестрельных ранениях груди связан с применением комплексной противошоковой терапии и дренированием плевральной полости.

2. В выполнении торакотомии нуждаются от 10 до 11,5% пострадавших с огнестрельными ранениями груди. Целесообразно разделять неотложную, срочную и отсроченную торакотомии.

3. Метод видеоторакоскопии с использованием современной эндоскопической аппаратуры и инструментария открывает новые возможности как в диагностике, так и в хирургической коррекции последствий травм органов груди.

Литература:

1. Военно-полевая хирургия: учебник / С. А. Жидков [и др.]; под ред. С. А. Жидкова, С. Н. Шнитко. - Мн.: БГМУ, 2008. - 350 с.

2. Шнитко, С. Н. Актуальные вопросы диагностики и лечения огнестрельных ранений груди / С. Н. Шнитко, Л. Н. Бисенков // Воен. медицина. - 2007. - № 1. - С. 84-91.

3. Шнитко, С. Н. Ошибки, опасности и осложнения в диагностике и лечении огнестрельных ранений груди / С. Н. Шнитко, Л. Н. Бисенков // Воен. медицина. - 2007. - № 2. - С. 85-87.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Аверин В.И., Свирский А.А., Черевко В.М.,
Дюбченко Е.В., Юрков А.И.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
УЗ "Детский хирургический центр",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема лечения послеоперационного перитонита остается остроактуальной по настоящее время и определяет необходимость поиска оптимальных методов хирургического вмешательства.

Цель. Целью работы явилось определение показаний к своевременному мини-инвазивному хирургическому вмешательству и оценке его эффективности при послеоперационном перитоните у детей.

Материал и методы. Нами проведен анализ лечения послеоперационного перитонита у 50 детей в возрасте от 3 до 15 лет, находившихся в Центре детской хирургии г. Минска в период с 1999г. до 2009г. Первичное вмешательство у большинства больных (39 детей - 78%) было выполнено по поводу осложненного аппендицита и перитонита. У остальных одиннадцати пациентов отмечено осложненное течение послеоперационного периода после деструктивного аппендицита, острого мезоаденита, первичного перитонита, деструктивного панкреатита.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина продолжающегося перитонита не имела выраженных проявлений и характеризовалась ухудшением общего состояния, сохранением напряжения мышц передней брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины. Отмечалось отсутствие эффекта от проводимой терапии. Болевой синдром, требующий дополнительного медикаментозного купирования, возрастание объема инфузионной терапии на 2-3 сутки после первичной операции ($75,3 \pm 5,1$ мл/кг против $51,5 \pm 4,7$ мл/кг соответственно, $p < 0,001$). В общем анализе крови выявлено нарастание лейкоцитоза ($16,6 \pm 2,2 \times 10^6$ против $12,6 \pm 1,32 \times 10^6$ соответственно, $p < 0,001$) с достоверным сдвигом лейкоцитарной формулы влево. В биохимических анализах венозной крови отмечен достоверный рост уровня лактата ($1,45 \pm 0,1$ против $0,96 \pm 0,1$, $p < 0,001$).

Количество отделяемого по назогастральному зонду увеличивалось ($11,4 \pm 2,5$ мл/кг против $8,64 \pm 1,23$ соответственно, $p < 0,001$), изменялся цвет и характер содержимого. На рентгенограмме брюшной полости в вертикальном положении у 63,2% пациентов отмечены явления пареза и нарастающей кишечной непроходимости. УЗИ органов брюшной полости выявили наличие жидкости в различных областях (42,1%), увеличение диаметра тонкой кишки до $3,2 \pm 0,2$ см (57,9%) с замедленной перистальтикой или маятникообразным движением кишечного содержимого (36,8%), наличие конгломерата инфильтрированных петель кишечника в 31,6% случаев.

Ухудшение состояния пациентов расценивали как следствие продолжающегося перитонита, что являлось показанием к лапароскопической санации брюшной полости. Противопоказанием для проведения лапароскопии считали выраженный парез кишечника IV ст. Выполняли лапароскопию с визуальной оценкой состояния брюшной полости. Определяли возможность продолжения операции мини-инвазивным методом с последующим выбором тактики хирургического лечения. Проводили первичную санацию, обнаружение и устранение источника перитонита; окончательную ревизию, санацию и дренирование брюшной полости.

После лапароскопической санации отмечено быстрое купирование болевого и воспалительного синдрома, восстановление перистальтики кишечника, уменьшение количества отделяемого по желудочному зонду. Детей начинали поить в среднем на 2-3 сутки после операции. Дренаж удаляли на 4-5 сутки. В посевах из брюшной полости выявлена в преобладающем большинстве культура *E. coli* (63,1%).

Ранняя спаечная кишечная непроходимость повторно возникла у 3 пациентов (6%). У одного из них понадобилось выполнение релапаротомии и анте и ретроградной интубации кишечника на 4 день после лапароскопической санации, а у 2 пациентов выполнена повторная лапароскопическая операция. У 3 детей с панкреатитом и первичным перитонитом выполнены повторные санации. Всего выполнено 55 лапароскопических санаций. Все дети выздоровели и выписаны из стационара. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила $19,2 \pm 1,1$ дней, а в ОИТР $6,5 \pm 0,4$ дня. Летальности в этой группе пациентов не наблюдали.

Выводы. Показаниями к выполнению санационной лапароскопии при послеоперационном перитоните являлись отсутствие положительной динамики состояния, нарастание лейкоцитоза, количества отделяемого по желудочному зонду, показателей лактата, УЗИ-картина перитонита.

Своевременная видеолапароскопическая операция обеспечивает адекватную санацию брюшной полости, является высокоэффективной альтернативой традиционной релапаротомии и может быть рекомендована к более широкому применению в практике детских хирургов.

Литература:

1. Мамлеев, И. А. Лапароскопическое лечение продолжающегося послеоперационного перитонита у детей: автореф. ... дис. канд. мед. наук: 14.00.35 / И. А. Мамлеев; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа, 1998. - 22 с.
2. Лапароскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита у детей / В. У. Сатаев [и др.] // Дет. хирургия. - 1998. - № 4. - С. 21-23.

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КИСТАХ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Аверин В.И., Свирский А.А., Махлин А.М.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "Детский хирургический центр",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Наличие непаразитарной кисты селезенки является показанием к оперативному лечению. Учитывая, что селезенка является иммунокомпетентным органом, это определяет необходимость поиска органосохраняющих методов хирургического вмешательства.

Цель. Целью работы явилась разработка органосохраняющих операций при лечении непаразитарных кист селезенки у детей.

Материал и методы. В Детском хирургическом центре находилось на лечении 29 детей с непаразитарными кистами селезенки. Из них 18 девочек и 11 мальчиков, в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст 11,8). У 21 пациента киста располагалась в верхнем, у 6 в среднем, у 1 в нижнем полюсе и у 1 был поражен верхний полюс и средний сегмент селезенки. Истинные кисты выявлены у 9 пациентов, ложные у - 17 и у 3 - лимфангиома.

Результаты и обсуждение. Клиническая симптоматика небольших кист селезенки отсутствует. Это связывают с их медленным ростом, что и обуславливает длительное бессимптомное течение заболевания (25 пациентов). Жалобы на боли в животе или в левом подреберье появляются, когда киста достигает больших размеров, т. е. когда растягивается капсула и связочный аппарат селезенки. Нередко боли усиливаются при физической нагрузке (2 ребенка). Иногда при осмотре можно выявить асимметрию живота за счет выбухания в левом подреберье. Здесь же пальпируется безболезненное опухолевидное образование плотноэластической консистенции (2 ребенка). Чаще всего кисты селезенки обнаруживались случайно при ультразвуковом сканировании (25 пациентов). Поэтому в диагностике кист основную роль играют ультразвуковое сканирование и компьютерная томография (КТ), которые, точно регистрируя изменения плотности ткани, позволяют дифференцировать кистозные образования селезенки от истинных опухолей. Особенно велико значение КТ, так как она дает возможность судить об отношении выявленного образования к окружающим органам.

Непаразитарные кисты селезенки представляют значительную опасность в связи с развитием таких грозных осложнений, как нагноение, разрыв и перекрут кистозного образования.

Наличие непаразитарной кисты селезенки является показанием к оперативному лечению. В качестве операционных доступов чаще используется верхняя срединная лапаротомия и косой разрез в левом подреберье. Идеальной операцией при небольших кистах является энуклеация, которую редко удается выполнить. Поэтому хирурги обычно прибегают к спленэктомии. Однако удаление селезенки не безразлично для организма, так как она выполняет самые разнообразные функции, в том числе защитную, гемопоэтическую,

гемолитическую, обладает антибластическими свойствами, регулирует функцию костного мозга и т. д. Поэтому ряд хирургов высказывается в защиту органосохраняющих операций при заболеваниях и повреждениях селезенки. В литературе имеются сообщения об успешно проведенных резекциях селезенки при непаразитарных кистах. Подобная операция позволяет сохранять до 70% здоровой паренхимы селезенки и обеспечивает её нормальное функционирование.

В нашей клинике выполнено: из косога лапаротомного доступа в левом подреберье - резекция верхнего полюса селезенки с кистой у 3 детей, резекция верхнего полюса и среднего сегмента с кистой у 1 и у 2 - энуклеация кисты. Лапароскопически оперировано 23 ребенка. Из них у 1 - энуклеация кисты, у 6 - резекция верхнего полюса селезенки с кистой и у 16 - иссечение оболочек кисты по границе с тканью селезенки, с последующей обработкой внутренней выстилки биполярной коагуляцией. После всех операций ставили дренаж к селезенке, который удаляли на вторые сутки. У 2 больных перед операцией кисты лечились путём пункции с последующим введением 70% спирта (1 ребёнок) и этоксисклерола (1 ребёнок), что в последующем привело к рецидиву заболевания. Послеоперационный период протекал у всех детей без осложнений. Кисты до 5 см. в диаметре не оперируем. Эти дети находятся у нас под наблюдением с периодическим, раз в 6 месяцев, контрольным ультразвуковым сканированием.

Выводы.

1. Кисты селезенки в большинстве случаев протекают бессимптомно и выявляются случайно при выполнении УЗИ. По нашим данным, у 86,2% детей.
2. Лечение кист селезенки пункционно-аспирационным методом неэффективно.
3. При кистах селезенки должны выполняться только органосохраняющие операции.
4. Методом выбора являются лапароскопические операции.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НАГРУЗОЧНАЯ ПРОБА В ДИАГНОСТИКЕ ОБСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Андилевко В. М., Шмаков А. П., Зуев Н. И.
УЗ "Витебская детская областная клиническая больница",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Метод ультразвуковой диагностики в настоящее время занимает ведущее место в детской урологии. Это связано с его информативностью, скоростью получения информации, экономичностью и безопасностью для пациента. Рутинное сканирование почек и мочевыводящих путей по-прежнему остаётся основным методом первичной диагностики их патологии. Развитие ультразвуковых технологий позволило использовать их не только для исследования структуры, но и функции. Фармакоэхография является наилучшим примером методов функциональной диагностики болезней органов

мочевыделения, позволяет изучить размеры и площади сканов почек, чашечно-лоханочной системы во временном аспекте, оценить уродинамику.

Цель. Определить место функциональной нагрузочной пробы в клинической диагностике обструктивных заболеваний мочевыводящей системы.

Материал и методы. Обследован 21 ребёнок с гидронефрозом в возрасте от 6 месяцев до 4-х лет, лечившийся в хирургическом отделении. Обследование выполнялось по методике, разработанной М.В. Эрманом и О.И. Марцулевич в модификации.

Измерялись рост и масса тела ребёнка. Опорожнялся мочевой пузырь. Производилось сканирование почек для установления их положения, формы, размеров, эхоструктуры паренхимы, состояния собирательной системы, а так же нефрометрических показателей: линейные размеры и объём почек, чашечно-лоханочной системы, площадь их сканов. Оценивалось их соответствие возрастным нормам. Нефрометрические показатели определялись по продольным сканам со стороны спины. Внутривенно вводился фуросемид из расчёта 1 мг/кг массы тела. Повторно измерялись вышеназванные нефрометрические показатели и оценивалось состояние собирательных систем через 20, 40, 60, 90, 120, 150 и 180 минут. Исследование выполнялось:

- при пиелэктазии с нормальным размером чашечек, выявленной рутинным ультразвуковым исследованием;
- при гидронефрозе 2-й степени для определения уровня уростаза;

- при гидронефрозе 2 степени для дифференциальной диагностики механической и динамической обструкции мочевыводящих путей.

Результаты и обсуждение. Выделены два типа ответа:

- нормальный динамический тип ответа - расширение ЧЛС проходит за период до 40 минут после введения фуросемида;

- обструктивный механический тип ответа - расширение ЧЛС сохраняется спустя 40 и более минут после введения фуросемида.

Из 21 обследованного у 13 (62%) диагностирован обструктивный механический тип ответа, что потребовало выполнения пластической операции. У семи из них выявлен гидронефроз 2-й степени на почве нейро - мышечной дисплазии лоханочно-мочеточникового соустья, у четырёх - гидронефроз 2-й степени из-за сосудистых аномалий, у одного - уретерогидронефроз 2-й степени из-за стеноза пузырно - мочеточникового соустья, у одного - гидронефроз 2-й степени вследствие высокого отхождения мочеточника.

Фармакоэхография почек в вышеописанных случаях позволила провести дифференциальный диагноз обструктивного механического и необструктивного динамического расширения собирательной системы, определить уровень уростаза, а в сочетании с ЦДК - причину обструкции при сосудистых аномалиях.

Выводы.

УЗИ с функциональной нагрузочной пробой фуросемидом является диагностически ценным исследованием, дополняющим рутинное ультразвуковое сканирование и экскреторную урографию. Высокая информативность метода требует расширения показаний к его применению у больных с гидронефрозом.

Литература:

1. Эрман, М. В. Ультразвуковое исследование мочевой системы у детей / М. В. Эрман, О. И. Марцулевич. - СПб.: Изд-во "Питер", 2000.

2. Дворяковский, И. В. Ультразвуковая диагностика в неонатологии и педиатрии. Дифференциально - диагностические критерии / И. В. Дворяковский. - М.: "Аир-Арт", 2000.

ПРИМЕНЕНИЕ СИГМОСТОМИИ НА ЭТАПАХ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Баранов С.Ю.

УО "Гомельский государственный медицинский университет",

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

УЗ "Детский хирургический центр",

1-я клиническая больница г. Минск,

УЗ "Гомельская областная клиническая больница", г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. На современном этапе развития детской колопроктологии хирургическая коррекция аноректальной патологии у детей остается одной из сложных её проблем. Анатомическое восстановление проходимости кишки при первично радикальных хирургических вмешательствах нередко сопровождается развитием последующих осложнений, составляя до 30-60% случаев [2, 3], что, естественно, значительно ограничивает социальную адаптацию этих детей. Актуальностью проблемы является отсутствие стандартности формы, уровня и чётких показаний к наложению превентивных колостом в процессе коррекции АРП у детей. Мало представлено в литературе результатов функционирования маленького организма с колостомой, как особенный уровень жизнедеятельности, а также состояний после "анатомической" коррекции порока [1, 2, 3].

Цель. Обобщение результатов применения превентивных сигмостом у детей с АРП, проходивших этапное лечение в Детском хирургическом центре г. Минска, во 2-й детской клинической больнице г. Минска и детском хирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы (ДХО ГОКБ).

Материал и методы. Ретроспективно были анализированы по унифицированным схемам 1032 истории болезней детей с различными формами АРП, получивших хирургическую коррекцию и реабилитационное лечение в ДХЦ г. Минска, 2-й детской клинической больницы г. Минска и ДХО ГОКБ за период 1994-2009 гг.

В качестве этапа коррекции АРП сигмостома была наложена 134 детям, из которых 54,5% составили девочки. В 11% случаев необходимостью её наложения явились неудачи первичной хирургической коррекции. Структура клинических форм АРП у детей распределилась следующим образом: в 17 (12,7%) случаях была ретроспективно подтверждена полная атрезия прямой кишки (по классификации И.К. Мурашова, 1957), у 99 (73,9%) -

отмечены свищевые формы атрезии, из которых промежностные формы составили 48,5%, в 39,4% наблюдалось открытие анального канала в половую и у остальных - в мочевую систему; у 10 (7,4%) детей была установлена ректосигмоидная форма болезни Гиршпрунга, у 3 - врожденный стеноз ануса и 3 детей поступили после травм прямой кишки и анального сфинктера.

При первичном обследовании сочетанные пороки развития были выявлены у 26 (19,4%) детей, в т.ч. мочеполовой системы - у 8, пищеварительного тракта - у 4, сердечно-сосудистой системы - у 4, костно-мышечной системы - у 4. У 1/3 этих пациентов наблюдались одновременно более двух пороков.

Диагностика АРП у новорожденных включала в себя первичный осмотр ребенка, определявший в соответствии с предполагаемой формой порока объём необходимых методов дифференциального скрининга. Кроме клинических и лабораторных исследований, многим детям в urgentных случаях выполнялась обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей, а для уточнения анатомического положения прямой кишки (через 18-20 ч после рождения) - рентгенография по Wanqesteen- Rice. В последние годы также стали применять УЗ-диагностику не только для исключения сочетанных пороков развития мочевой системы, но и для раннего установления уровня атрезии прямой кишки.

Вопрос об уровне наложения и виде колостомы не решался однозначно. Предполагалось, что сигмостома могла быть необходима на длительный срок, и поэтому требовалось создать условия для удобного наложения калоприемника.

Выведение противоестественного заднего прохода выполняли как в экстренном порядке, так и в плановом. В основном на разных уровнях сигмовидной кишки. В первые 3 суток после рождения сигмостома первично была наложена у 19 (14,2%) детей с использованием в качестве доступа разреза в левой подвздошной области. В 52% случаев была применена двойная сигмостома с полным пересечением кишки и последующим выведением её концов в противоположных углах раны (40%) или через отдельные разрезы (60%). Одноконцевая сигмостома была применена 64 (47,7%) пациентам. Длина выключаемого отрезка кишки определялась из возможности удобства динамического обследования, промежуточной адаптации пациента и предполагаемого последующего способа коррекции.

Результаты и обсуждение. Выбор уровня и варианта колостомы при АРП у детей был напрямую связан с необходимостью минимизации длины выключаемого отрезка толстой кишки, особенно при свищах в мочевую систему, т.к. попадание и всасывание мочи в длинном дистальном отрезке выключенной кишки определило бы развитие метаболического ацидоза из-за большой поверхности всасывания, способствовало бы присоединению воспалительных процессов мочевых путей.

Наложение превентивной двуконцевой сигмостомы через отдельные разрезы позволило обеспечить надежную декомпрессию кишечника, защиту краёв ран от кишечного отделяемого. Первичные послеоперационные воспалительные реакции в области раны и концов стомы при таком подходе быстрее регрессировали, чем при выведении концов стомы в одной ране, что сокращало

длительность послеоперационной реабилитации. На этапах внедрения в клинику этой методики были отмечены единичные случаи эвентрации кишечных петель в области стомы, связанные с техническими погрешностями, позже подобных осложнений не встречалось. При этом подходе создавалось удобство для наложения калоприемника и последующего ухода за стомой; сокращался период адаптации пациентов.

Показаниями к наложению одноконцевых сигмостом в 61% случаев явились атрезии прямой кишки с широкими свищами на промежность и в половую систему, реже - низкие формы болезни Гиршпрунга, врожденные стенозы анального канала, травмы анального сфинктера и прямой кишки и т.д. Практически все из них, кроме приобретенной травматической АРП, были наложены в плановом порядке. Перечисленные варианты сигмостомы обеспечивали удобство дальнейшего обследования пациентов. На последующих этапах коррекции детям, в зависимости от формы АРП, были выполнены различные реконструктивные оперативные вмешательства.

Выводы. Наложение колостомы на уровне сигмовидной кишки при аноректальной патологии у детей минимизирует длину выключения отдела толстой кишки из пищеварения, создает удобство для дальнейшего обследования, а также вторично уменьшит дисбиотические и метаболические нарушения, особенно при наличии сообщений с мочевыми путями. Уровень наложения сигмостомы должен определяться предполагаемым способом коррекции.

При высоких и промежуточных формах атрезии прямой кишки, в т.ч. и при свищевых формах в мочевые пути в качестве первого этапа хирургической коррекции показано наложение двуконцевой раздельной сигмостомы, желательнее через отдельные разрезы. У детей с широкими свищами в половую систему и на промежность целесообразнее накладывать одноконцевую терминальную сигмостому.

Литература:

1. Ашкрафт, К. У. *Детская хирургия* / К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. - СПб.: ИЧП "Хачворд", 1999. - Т. II. - С. 44-61.
2. Ленюшкин, А. И. *Хирургическая колопроктология детского возраста* / А. И. Ленюшкин. - М: Медицина, 2001. - 366 с.
3. *Детская хирургия* / Н. Д. Шумов [и др.]. - 1999. - № 6. - С. 4-7.

ГНОЙНЫЙ ОМЕНТИТ В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА ЗА ПЕРИОД 1997 - 2009 гг.

Баранов С.Ю.

УО "Гомельский государственный
медицинский университет",

УЗ "Гомельская областная клиническая больница",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Эволюционно в брюшной полости были созданы свои местные защитные механизмы, одним из которых является большой сальник (БС). Этот "жандарм брюшной полости" по высказыванию Н.И. Пирогова осуществляет поддержание в ней гомеостаза [1, 3].

В детском возрасте в структуре ургентной хирургической воспалительной абдоминальной патологии самым частым является острый аппендицит (ОА). Сложность его диагностики у детей, несмотря на технический прогресс, остаётся актуальной [1, 2, 3].

Однако в ряде ситуаций воспаление с отростка переходит на окутывающий его БС и может привести к декомпенсации его свойств, вторичному вовлечению его в процесс распространения инфекции. Снижение его функциональной активности будет активизировать инфекционные процессы в брюшной полости от вяло протекающего воспалительно-дистрофического до выраженного гнойного разлитого перитонита [1, 2, 3]. Стремление хирурга минимизировать операционную травму нередко сводится к уменьшению длины лапаротомного доступа и длительности операции, что может привести к недооценке воспаления соседних с аппендиксом органах. Оставленный на операции "изменённый" БС создаст новые "проблемы" в брюшной полости и в организме в целом [4].

Несмотря на активное внедрение в XX веке инновационных технологий в абдоминальной хирургии, проблема ранней диагностики и лечения хирургической инфекции брюшной полости до сих пор ещё далека от решения.

Цель. Показать актуальность данной патологии, сложность диагностического скрининга и выбора адекватной хирургической тактики при гнойном оментите у детей; показать результаты применения видеолaparоскопической техники (ВЛТ) в диагностике и лечении ургентной абдоминальной патологии.

Материал и методы. Были проанализированы результаты 4634 историй болезни детей после выполненных аппендэктомий и столько же случаев лечения внутрибрюшных инфильтратов и абсцессов по материалам детского хирургического отделения учреждения "Гомельская областная клиническая больница" за период с 01.01.1997 г. по 31.12.2009 г. Резекция участка БС у детей при аппендэктомии была выполнена у 763 (16,5%) пациентов, из которых 36,4% составили девочки. В удаленных отростках этой группы пациентов при гистологически наблюдались выраженные деструктивные изменения, в 40,4% исследований осложненные перфорацией. К числу этих операций были отнесены также 10 симультантных вторичных аппендэктомий на

фоне перекрута БС, перфорация подвздошной кишки рыбьей костью, дивертикулитов. Лечение внутрибрюшных аппендикулярных инфильтратов в 7 случаях было проведено консервативно с последующей плановой аппендэктомией по поводу хронического аппендицита, хронического оментита.

Статистическая разница динамики ежегодных резекций воспалённого БС при аппендэктомиях была минимальной, с незначительной тенденцией к снижению с 66 до 52 случаев, на фоне снижения числа аппендэктомий. Возраст пациентов колебался от 1 до 15 лет. Умеренный рост числа операций с резекцией БС отмечался с 5-летнего возраста, достигая максимума в возрасте 8 - 14 лет. Большинство пациентов составили горожане, в основном из г.Гомеля. Удельный вес оперируемых в плановом порядке детей с хроническим аппендицитом и патологией БС составил 2,6%. Более половины детей по экстренным показаниям были доставлены бригадами скорой помощи, остальные поступили из поликлиник, стационаров или обратились самостоятельно. Сроки от начала заболевания до операции у значительного количества пациентов составили более 24 часов.

При выполнении аппендэктомий с резекцией участка большого сальника использовались доступы: Волковича-Дьяконова - в 85,6% случаев (из которых в 29 случаях предшествовал ВЛ скрининг). Лапароскопически аппендэктомия с последующей резекцией участка БС была выполнена 35 больным. УЗ-диагностика в до- и послеоперационный период была выполнена у трети больных с высоким (до 92%) уровнем диагностики, что помогло в выборе хирургической тактики.

Посевы выпота брюшной полости были взяты у более 40% оперированных детей: в 25% - роста микрофлоры не было получено, в остальных отмечалось наличие условно-патогенной кишечной флоры (*E.coli* в 56%, реже - *Str.epidermidis*, энтеробактеры и т.д.).

В послеоперационном периоде пациенты получали антибиотикотерапию, физиолечение (магнитотерапия, электрофорез с антибиотиками или КИ, ЛФК). Продолжительность койко-дней чаще варьировала от 10 до 16 дней, реже дольше.

У 2% больных в послеоперационном периоде развились местные воспалительные процессы со стороны раны и брюшной полости, наблюдались несколько случаев ранней спаечной кишечной непроходимости. Применение ВЛТ первично позволило уменьшить травматизм и число осложнений до единичных местных воспалительных раневых реакций. В большинстве случаев осложнения были купированы консервативно.

Выводы. Активная информированность населения о своевременности врачебного осмотра при болях в животе может способствовать снижению числа осложненных форм острого аппендицита, а соответственно, и развитию связанных с ними последствий. Применение в качестве скрининга УЗИ брюшной полости позволило улучшить дооперационную диагностику и послеоперационное ведение больных.

Интраоперационное выявление деструктивных изменений со стороны большого сальника является показанием к обязательной его парциальной резекции. Наилучшая визуализация этих изменений осуществляется с помощью или достаточного лапаротомного доступа или

применения видеолaparоскопической техники.

Выполнение видеолaparоскопических или видеоас-
систированных операций позволило снизить уровень
развития послеоперационных осложнений, повысить
качество жизни и адаптацию пациентов.

Литература:

1. Баиров, Г. А. Инфильтративный подострый
оментит при остром аппендиците у детей / Г. А. Баиров,
Я. С. Голованов // *Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.* -
1988. - № 1. - С. 116-119.

2. Голованов, Я. С. Первичные острые заболевания
большого сальника у детей / Г. А. Баиров, Я. С. Голованов //
Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. - 1990. - № 10. - С. 68-70.

3. Барская, М. А. Диагностика и лечение оментитов
при остром аппендиците у детей / М. А. Барская, Н. Л.
Осипов // *Дет. хирургия.* - 2008. - № 3. - С.16-17.

4. Большой сальник: пер. с англ. / под ред. Д. Либерманн-
Мефферт, Х. Уайта. - М.: Медицина, 1989. - 336 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В СКРИНИНГЕ АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА

Баранов С.Ю., Вороневский А.Н.
УО "Гомельский государственный
медицинский университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема дифференциальной диа-
гностики при остром болевом синдроме в животе до на-
стоящего времени остается наиболее актуальной в детской
хирургии. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике
и лечении острой абдоминальной патологии и наличии
современного оборудования, проблема далека от
окончательного решения. Доминирует при этом среди
нозологических форм у детей острый аппендицит (ОА).
Сложность своевременной диагностики ОА бывает
обусловлена "многоликостью" клинической картины,
возрастными особенностями пациентов, наличием
сопутствующей патологии [1, 2]. Диагностические ошибки
в стационаре составляют от 3 до 15%, а на догоспитальном
этапе - до 70%, что из-за гипер- или гиподиагностики
определяет неправильный выбор тактики и развитие по-
следующих проблем. Принцип "сомневаешься - оперируй"
еще широко распространен среди хирургов [2, 3].

Использование видеолaparоскопической техники и
УЗ-диагностики в дифференциальном скрининге при
ургентной абдоминальной патологии, бесспорно, имеет
свои положительные стороны и перспективность, однако
из-за дороговизны оборудования они остаются не всегда
доступными для широкого применения в повседневной
практике врача-хирурга [1,2,3].

Цель. Изучить структуру оперированных ургентно
патологических состояний, протекающих под маской
"острого аппендицита", указать на сложности диагности-

ческого скрининга при абдоминальном синдроме у детей,
показать произошедшие количественные и качественные
изменения в структуре аппендэктомий по результатам
работы отделения детской хирургии учреждения
"Гомельская областная клиническая больница" за период
1997 - 2009 годов.

Материал и методы. Был проведен по унифици-
рованным схемам ретроспективный анализ 4738 историй
болезни детей, оперированных при ургентной абдоми-
нальной патологии воспалительного генеза в отделении
детской хирургии Гомельской областной клинической
больницы за период 1997-2009 гг., в т.ч. и с использова-
нием современной видеолaparоскопической техники
(ВЛТ) в 552 случаях.

Впервые ВЛТ в отделении была использована в 1998
году, сперва для скрининга спорных ситуаций, а также с
лечебной целью для санации брюшной полости и лапа-
роскопически ассистированных операций, а уже в 2002
году была выполнена лапароскопическая аппендэктомия
лигатурным способом.

В 2009 году удельный вес применения ВЛТ в структуре
диагностики и лечения воспалительного абдоминального
синдрома составил 61,3%.

Результаты и обсуждение. Около 81% всех опериро-
ванных детей составили городские жители, в основном
проживающие в г. Гомеле. Мальчиков было 57,4%. В
возрастной категории высокая встречаемость ОА
наблюдалась в 9-13 лет.

При оценке интраоперационных находок было
установлено, что наиболее частой причиной воспали-
тельного абдоминального синдрома остается ОА, а среди
его морфологических форм - флегмонозная. Частота
катаральных форм ОА как интраоперационной находки
снизилась с 20,2% в 1997 г. к 4,1% в 2009г.

Всего за период 1997-2009 гг. после видеолaparос-
копической визуализации воспалительно изменённого
аппендикса было выполнено 327 лапароскопических
аппендэктомий лигатурным способом (59%), а в 114
случаях типичная аппендэктомия была выполнена после
конверсии в стандартные доступы (20,6%). В остальных
случаях применение ВЛТ не сопровождалось аппендэк-
томией. Удельный вес применения ВЛТ в 2009 году для
скрининга абдоминальной патологии составил чуть более
60%, из которых 90% закончились лапароскопической
аппендэктомией лигатурным способом.

Ретроспективный анализ интраоперационных
морфологических изменений отростка и доопера-
ционной картины этих "ОА" показал, что наиболее
трудными в клинической диагностике являются ката-
ральные, гангренозные и перфоративные формы ОА. Это
было обусловлено степенью "деструкции" указанных
форм, анатомическим расположением отростка, возраст-
ными особенностями, сопутствующей патологией. Из
числа заболеваний, протекавших под "маской" ОА,
наиболее частыми оказались кишечная колика ,
неспецифический мезаденит, первичный перитонит.

Выводы. В работе была отражена высокая диагности-
ческая ценность ВЛТ в сложных ситуациях дифферен-
циальной диагностики острого воспалительного процесса
в брюшной полости у детей.

Применение видеолaparоскопической техники позво-
лило снизить число "необоснованных" аппендэктомий и

травматичность оперативного вмешательства у детей.

Улучшение адаптации детей после операций с применением ВЛТ и связанные с этим соответственно снижение затрат на их реабилитацию и уменьшение длительности пребывания в стационаре ещё принесут экономический эффект медицине, который сложно показать в цифрах, ведь для этого надо было бы учесть не произошедшие проблемы раннего и отделённого будущего этих детей и связанные с этим затраты, их социальную адаптацию, фертильность.

Литература:

1. *Эндоскопическая хирургия: тезисы докл. 1 съезда Ассоц. эндоскоп. хирургии РФ / А. Ф. Дронов [и др.] - 1998. - № 1.*
2. *Дронов, А. Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А. Ф. Дронов, И. В. Поддубный, В.И. Котлобовский. - Москва, 2002.*
3. *Брянцев, А. В. Лапароскопия в диагностике и лечении острой хирургической патологии внутренних половых органов у девочек: автореф. ... дис. канд. мед. наук / А. В. Брянцев. - Москва, 1999.*

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

*Верин В.М., Зайцев Д.В., Караневич А.И.
УЗ "Минская областная детская клиническая
больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) является одним из самых тяжелых распространенных заболеваний детского возраста. Число больных с ОГО не имеет тенденции к уменьшению. Изменились сезонность и формы заболевания. Увеличился процент поражения плоских и коротких костей. Больше стали болеть девочки. Появился фетальный остеомиелит. При анализе диагностических ошибок при ОГО у детей выявляется ряд объективных и субъективных причин, способствующих их возникновению: отсутствие патогномичных симптомов заболевания, атипичное его течение, затруднение контакта с ребенком раннего возраста, отсутствие настороженности к ОГО у участковых врачей и слабая осведомленность их о клинических возможностях рентгенографии, недостаточная ответственность врачей поликлиники и стационара, не в полной мере использование педиатрами консультативной помощи хирургов, в частности, детских хирургов. При подозрении на ОГО ребенок подлежит срочному направлению в стационар, чтобы подтвердить или отвергнуть диагноз в первые часы болезни. Не всегда благополучное состояние диагностики ОГО и в стационаре. Главная ошибка здесь, сугубо организационный характер, непринятие срочных мер для распознавания заболевания. Обусловлено это тем, что в отношении остеомиелита не определена тактика, аналогичная таковой при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, при которых строго констатируется необходимость предупреждения перитонита и жестко ограничивается время наблюдения за больным (в часах) в неясных слу-

чаях. В огромном количестве публикаций об ОГО не подчеркивается его экстренность, а в официальные отчеты эта нозологическая форма даже не включена.

Если продолжить аналогию между "степенью неотложности" диагностики ОГО и острого аппендицита, то в более невыгодной ситуации оказываются больные с остеомиелитом: летальность при нем превышает таковую при остром аппендиците в десятки раз. Однако, ответственность дежурного хирурга за своевременную диагностику и адекватное оказание помощи больному остеомиелитом не идут ни в какое сравнение с мерой ответственности за оказание помощи больному с острым аппендицитом. Эта ситуация отражает отсутствие декретированных требований в отношении ранней диагностики остеомиелита. Последняя вынудила нас в регламентирующем приказе об оказании хирургической помощи детям Минской области выделить пункт, обязывающий считать абсолютным показанием к госпитализации в детские хирургические отделения Минской области детей с болями конечностей с тенденцией к усилению с повышенной температурой и лейкоцитозом, при невозможности транспортировки - вызов детского хирурга на себя.

Ранняя диагностика ОГО должна быть ограничена первыми 2-3 сутками, в течение которых при ОГО костный мозг находится в стадии серозного воспаления.

Совершенно справедливо М.В. Гринев, В.Г. Плешкова, А.Т. Сегайло и соавторы, как и Agerholm и соавторы, проводят аналогию остеомиелита до развития параоссальной флегмоны с острым аппендицитом до осложнения его перитонитом. С этим согласуется решение Российского симпозиума детских хирургов по проблеме "Хирургическая инфекция у детей" (Вороне, 2002 г.), пункт 9 которого гласит, что при ОГО следует считать адекватную раннюю диагностику на интрамедуллярной фазе заболевания развитие экстрамедуллярной фазы, формирование субпериостальной флегмоны расценивать как запоздалую диагностику. Для ранней диагностики использовать цитологическое исследование и бактериоскопию пунктата зоны поражения, а также радиоизотопное сканирование, КТ, МРТ и УЗИ. Также категорически следует отвергнуть динамическое наблюдение за больным в условиях стационара для уточнения ОГО. Наш многолетний опыт подсказывает, что ни при одном заболевании вред динамического наблюдения не бывает так осязаем, как при остеомиелите. Ухудшение состояния больного ОГО может наступить чрезвычайно быстро и привести к печальным последствиям в ближайшие сутки после госпитализации, что, к сожалению, мы можем подтвердить на своем горьком опыте.

Исходы ОГО и острого аппендицита близки. Если при неосложненном аппендиците летальность менее 0,1%, то при осложненном перитоните она увеличивается в десятки раз. Аналогично летальность при местной форме остеомиелита близка к показателю при неосложненном аппендиците, однако, при генерализации воспалительного процесса и осложнении его сепсисом она также увеличивается в десятки раз. Организационно важно форму остеомиелита, даже при удовлетворительном состоянии больного, трактовать как воспалительный процесс, легко трансформирующийся в септический. В связи

с этим больного ОГО аналогично с большим острым аппендицитом или с острой непроходимостью кишечника следует рассматривать как нуждающихся в экстренной хирургической помощи. Выше изложенный подход к своевременной диагностике ОГО в районах области обеспечивает адекватное и результативное лечение обсуждаемой патологии, позволил избежать летальных исходов и переход в хронические формы в минимальных значениях в последние 20 лет.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

Верин В.М., Зайцев Д.В.

УЗ "Минская областная детская клиническая больница",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В современных условиях проблема хирургической помощи детям с неотложной и гнойной хирургической патологией характеризуется следующими равнозначно важными положениями:

- отсутствием тенденции к сокращению количества таких больных;

- возрастающей ролью врожденных, наследственных, экопатогенных и социальных факторов в патоморфозе классических проявлений острой и хронической гнойной хирургической инфекции и неотложных хирургических болезней;

- увеличением количества хирургических больных с "нетипичным" течением заболевания ввиду изменившихся общей резистентности, реактивности и режимов послеоперационного восстановления функций органов и систем больного ребенка;

- увеличивающимся количеством детской неотложной гинекологической патологии, требующей специальной подготовки детских хирургов;

- прогнозируемым катастрофическим нарастанием числа детей с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, хроническим (в том числе калькулезным) холециститом, которым требуется инструментальные и хирургические пособия; эти пока еще "пограничные" состояния, по нашему мнению, да и по мнению специалистов - детских гастроэнтерологов, напрямую связаны с изменившимся характером питания;

- возрастающей ролью изменившегося в последние годы биоценоза, оказывающего существенное влияние на течение хирургических болезней; речь идет о микстной (вирусно-бактериальной) микрофлоре и выделении значительных контингентов больных с альтернативными этиологическими факторами (иерсиниоз, хламидии, трихомоноз и др.).

Когда речь идет о заболевании, требующем планового лечения, т.е. неограниченного жесткими временными рамками, то поиск специалиста упрощается. В неотложной хирургии дефицит времени не позволяет искать адекватный вариант помощи, именно поэтому в настоящее время в районах области экстренную и срочную помощь 60% (по нашим подсчетам) оказывают общие хирурги районных лечебно-профилактических учреж-

дений. Общие хирурги оперируют, в основном, детей с острыми аппендицитами, различными вариантами приобретенной кишечной непроходимости, ущемленной грыжей, перфорацией и разрывом полых и паренхиматозных органов, гнойными заболеваниями мягких тканей, костей и суставов. У общих хирургов часто главным, а нередко и единственным симптомом, послужившим показанием к выполнению операции, являлось наличие локальной болезненности в правой подвздошной области, что приводит к гипердиагностике и операционной находке простого аппендицита у 55% оперированных таким образом детей.

Пренебрежение предоперационной подготовкой чаще всего отмечается при лечении больных с тяжелыми перитонитами и кишечной непроходимостью. Что же касается ошибок, допускаемых при самом вмешательстве, то главной из них следует считать стремление к радикализму без учета возраста больного, его состояния и собственного технического умения оперировать детей. Конечно, было бы неуважением к хирургам ЦРБ, среди которых имеются опытные высококвалифицированные специалисты, требовать от каждого из них обязательной связи с областной детской больницей при поступлении любого больного в возрасте до 14 лет. В то же время не следует полагаться на опыт районного хирурга в вопросах детской хирургии. По-этому и приняты на вооружение показания к подобным консультациям. Они просты и, сохраняя достаточную самостоятельность районного специалиста, предупреждают переоценку собственных возможностей.

Из этих показаний следует, что хирургу ЦРБ следует связаться с областной детской больницей при следующих обстоятельствах:

- при неясном диагнозе у ребенка любого возраста, если с момента поступления прошло более 6 часов;

- при поступлении ребенка любого возраста с острой хирургической патологией, если его состояние оценивается как тяжелое;

- при негладком послеоперационном периоде в течение 48-72 часов.

Попытки компенсировать недостаток опыта изучением литературы обречены на неудачу. Большинство прекрасных по форме и содержанию монографий и руководств по детской хирургии оказываются полезными только врачам этой специальности и менее пригодны для неспециалистов. В любом деле важны детали, приемы, которые известны (а известны потому, что пропущены через собственный, постоянно накапливающийся опыт) только тем, кто повседневно проверяет на практике прочитанное.

У нас отсутствует юридическая база, регламентирующая работу общего хирурга районной больницы. Единственным официальным документом, позволяющим хирургу в районе определять объем оказываемой им неотложной помощи, является удостоверение о квалификационной категории. Подразумевается, что хирург, имеющий высшую или первую категории, должен владеть в полном объеме оказанием экстренной помощи всем больным. Но среди таких больных часто встречаются дети, онко-, уро-, нейро- и торакальные больные. Все они имеют свои особенности. Даже при выполнении экстренных операций. Их судьба в таких случаях уже

зависит от степени ответственности (категория нравственная) хирурга: он всё будет решать сам или обратится за советом к соответствующему специалисту областного или республиканского учреждения. Поэтому с целью повышения качества оказания помощи детям с неотложными хирургическими заболеваниями приказом управления здравоохранения Минского облисполкома разработаны и утверждены регламентирующие положения оказания хирургической помощи детям, которые включены в аттестационные вопросы на первую и вторую квалификационные категории. Мы считаем, таким образом, что устранение перечисленных недостатков, выполнение рутинных и современных методов диагностики и лечения, несомненно, повысит уровень благоприятных исходов в неотложной хирургии детского возраста.

РАННЕЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕОСТОМИИ

*Верин В.М., Никуленков А.В.
УЗ "Минская областная детская клиническая
больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Абдоминальные осложнения вентрикулоперитонеостомии, как правило, занимают одно из ведущих мест среди других осложнений этого вида хирургических вмешательств при лечении гидроцефалии. Сравнительно частыми осложнениями являются: окклюзия перитонеального конца катетера, гнойный перитонит, псевдоперитонеальные ликворные кисты. Помимо указанных в литературе, ряд редких осложнений таких, как миграция катетера в мошонку через паховый канал, пережатие мочеточника, перфорация брюшной стенки через пупок, перфорация диафрагмы, проникновение катетера в желчный пузырь и печень, в желудок, в кишку. Возможна перфорация катетером мочевого пузыря и влагалища. В связи с этим представляется интересным привести собственное наблюдение осложнений при дренировании ликвора в брюшную полость. Ребенок И., 9.10.07.г.р. поступил в хирургическое отделение УЗ "МОДКБ" 9.01.09. из детского нейрохирургического отделения с диагнозом: "Гидроцефалия".

Состояние после вентрикулоперитонеального шунтирования 16.12.08. Дисфункция шунта - выпадение перитонеального катетера через прямую кишку". 9.01.09. матерью отмечено выпадение шунта через прямую кишку. Нейрохирургом выполнен анализ ликвора - белок 0,05 %, хлор - 110 ммоль/л, цитоз - $1,0 \times 10^6$ /л. КТ головного мозга - выраженная гидроцефалия, центральный катетер в полости левого бокового желудочка. Рентгенограмма брюшной полости - целостность перитонеального катетера не нарушена. Состояние при поступлении тяжелое. В сознании, капризен, ЧСС 112 ударов в минуту. Живот в объеме не увеличен, доступен глубокой безболезненной пальпации во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Стул сегодня оформленный, без патологических примесей. Дизурических явлений нет. Через задний проход выпадает дистальная часть вентрикулопе-

ритонеального шунта длиной 27 см., из него выделяется прозрачная жидкость. Конец шунта помещен в стерильный пакет.

Анализ крови: Э - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Hb - 105 г/л, Л - $16,3 \times 10^9$ /л (б - 1%, э - 1%, п - 1%, с - 63%, л - 31%, м - 3%), СОЭ - 6 мм в час. АЧТВ - 34,2 Биохимический анализ крови: глюкоза - 8,5 ммоль/л, белок - 66,4 г/л, мочевины 5, 36. Общий анализ мочи без особенностей. Из кала выделен золотистый стафилококк. Заключение консилиума: миграция вентрикулоперитонеального шунта в толстую кишку, реальный риск восходящей инфекции являются абсолютным показанием к оперативной коррекции возникшего осложнения. Операция 12.01.09. Верхняя срединная лапаротомия. Выпота нет. В сигмовидной кишке определен катетер, в оральном направлении идущий к селезеночному изгибу, который фиксирован к брюшной стенке у угла реберной дуги, здесь же катетер уходит в ободочную кишку. После телефонной консультации с нейрохирургом кишка отсоединена от брюшной стенки, катетер подтянут на 10 см., обеззаражен и выведен на брюшную стенку с подсоединением сборника ликвора. Остальная часть катетера длиной около 40 см. удалена через прямую кишку. Дефект в ободочной кишке, размером 1,5 см, ушит двухрядными швами на атравматичной игле с перитонизацией участком большого сальника на ножке. Брюшная полость промыта и ушита. В тяжело протекающем послеоперационном периоде на фоне анемии (Hb - 75 г/л), гипопроteinемии (белок - 42,3 г/л) на 6-е сутки наступила эвентрация - выпали петли тонкой кишки, по поводу чего произведена операция. Сняты швы с операционной раны, в брюшной полости прозрачное содержимое, петли кишечника бледно-розового цвета, без налетов фибрина. Край лапаротомной раны серого, "маложизнеспособного" цвета, в незначительных налетах фибрина, при разделении их кровоточит. Выпавший участок большого сальника резецирован. Шов раны через все слои на протекторных ПХВ трубках.

Массивная многокомпонентная инфузионно-трансфузионная терапия. Вентрикулостома функционирует бесперебойно. 26.01.09, т.е. на 8-е сутки произошла повторная эвентрация в верхнем углу раны, ликвидированная укрытием выпавшей петли кожей на протекторах. Продолжавшаяся интенсивная терапия дала эффект - достигнуты нормальные показатели гомеостаза, в результате чего состояние ребенка улучшилось, выведен на энтеральное питание в возрастном объеме. По заживлению раны сняты швы и ребенок переведен в детское нейрохирургическое отделение для продолжения реабилитации по основной патологии.

Выводы. Таким образом, мы наблюдали не столь часто встречающееся осложнение вентрикулоперитонеального шунтирования в раннем послеоперационном периоде - миграцию шунта в толстую кишку и выпадение через задний проход.

Предрасполагающими факторами данного осложнения, вероятно, послужило ошибочное помещение катетера в надободочное пространство при введении последнего в брюшную полость. Несомненно, подобного рода осложнения подлежат оперативной коррекции с последующей реабилитацией врожденной патологии центральной нервной системы.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Воронецкий А.Н., Баровский А.Н., Предко С.Н.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
УЗ "Гомельская областная клиническая больница",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. В 1894 году Лексер предложил теорию развития гематогенного остеомиелита, в основе которой занос бактериального эмбола в костно-мозговой канал. В последующем, предложенная в 1940 году С.М. Дерижановым теория сенсбилизации, раскрыла одну из основных сторон патогенеза этого заболевания - характер взаимодействия микро- и макроорганизма. Возбудителями гнойного процесса в кости по данным литературы являются *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *Moraxella spp.*, стрептококки, микрококки, клебсиеллы, анаэробы, протей, синегнойная палочка [1, 2, 3]. Одним из основных методов лечения острого гематогенного остеомиелита является антибактериальная терапия. Предпочтение следует отдавать антибиотикам широкого спектра действия с использованием внутривенного и внутрикостного введения, с последующей коррекцией после уточнения этиологического фактора.

Цель. Изучение этиологического фактора острого гематогенного остеомиелита у детей по материалам работы отделения детской хирургии Гомельской областной клинической больницы.

Материал и методы. Нами обследовано 246 детей, поступивших на лечение в стационар по поводу остеомиелита в течение 2002-2006 гг. С острым гематогенным остеомиелитом было 194 ребенка, с первично-хроническим остеомиелитом - 11 детей, с хроническим остеомиелитом - 41 ребенок. Из числа детей с острым гематогенным остеомиелитом у 185 (95,4%) детей диагностирована местночаговая форма заболевания, у 9 (4,6%) септикопиемическая форма [4]. Нами проведено бактериоскопическое и бактериологическое исследование материала, взятого из костномозгового канала, с определением вида микроорганизма и его чувствительности к антибиотикам.

Для статистической обработки результатов анализа использовали определение доли (р%) изучаемого признака и стандартной ошибки доли (sp%), различия долей вычисляли с использованием критерия 2 с поправкой Йейтса на непрерывность и односторонний тест Фишера (Р). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Бактериоскопическое исследование проведено в 166 образцах, окрашенных по Грамму. В 88 (53,0±3,9%) случаях обнаружена кокковая, палочковая или смешанная микрофлора. Гр+ кокки обнаружены в наибольшем числе образцов, как из числа исследованных, так и из числа положительных бактериоскопических результатов (таблица 1).

Бактериологическое исследование проведено также в 166 образцах операционного материала, из которых рост колоний микроорганизмов получен в 110 (66,3±3,7%) случаях. По частоте встречаемости микроорганизмы расположены в соответствии с рангом в таблице 2.

Таблица 1 - Результаты бактериоскопии операционного материала при остром гематогенном остеомиелите, n (p±sp %)

Микроорганизмы	Количество образцов, n	Доля из общего числа исследованных (N=166)	Доля из числа положительных результатов (N=88)
Гр+ кокки	79	47,6±3,9% * $\chi^2=73,6$	89,8±3,2% * $\chi^2=108,2$
Гр+ палочки	3	1,8±1,0%	3,4±1,9%
Гр - палочки	3	1,8±1,0%	3,4±1,9%
Гр+кокки и Гр - палочки	3	1,8±1,0%	3,4±1,9%
Микрофлора не выявлена	78	47,0±3,9%	-

Примечание: * статистически значимо больше по сравнению с палочковой и смешанной микрофлорой

Таблица 2 - Результаты бактериологического исследования операционного материала при остром гематогенном остеомиелите, n (p±sp %)

Вид микроорганизма	Ранг	Количество образцов, n	Доля из общего числа исследованных (N=166)	Доля из числа положительных результатов (N=110)
<i>S. aureus</i>	1	65	39,2±3,8% *	59,1±4,7% *
<i>S. epidermidis</i>	2	33	19,9±3,1%	30,0±4,4%
<i>S. aureus+</i> <i>S. epidermidis</i>	3	3	1,8±1,0%	2,7±1,6%
<i>S. saprophiticus</i>	3	3	1,8±1,0%	2,7±1,6%
<i>S. haemolyticus</i>	3	3	1,8±1,0%	2,7±1,6%
<i>Ps. aeruginosa</i>	4	2	1,2±0,8%	1,8±1,3%
<i>Enterbacter cloacae</i>	5	1	0,6±0,6%	0,9±0,9%
Рост не получен		56	33,7±3,7%	-

Примечание: * статистически значимо больше по сравнению с каждым из выделенных микроорганизмов

Таблица 3 - Чувствительность *S.aureus* и *S.epidermidis* к антибиотикам

Антибиотик	<i>S. aureus</i>		<i>S. epidermidis</i>	
	исследовано образцов, п	количество чувствительных культур	исследовано образцов, п	количество чувствительных культур
Линкомицин	57	53 (93,0±3,4%)	30	13 (43,3±9,0%)
Оксациллин	61	57 (93,4±3,2%)	29	16 (55,2±9,2%)
Ампициллин	30	1 (3,3±3,3%)	16	4 (25,0±10,8%)
Цефазолин	40	38 (95,0±3,4%)	18	16 (88,9±7,4%)
Цефотаксим	17	17 (100%)	6	5 (83,3±15,2%)
Цефепим	8	8 (100%)	6	4 (66,7±19,2%)
Цефалотин	7	7 (100%)	6	6 (100%)
Эритромицин	48	34 (70,8±6,6%)	24	11 (45,8±10,2%)
Клиндамицин	24	23 (95,8±4,1%)	12	10 (83,3±10,8%)
Рифампицин	13	13 (100%)	12	12 (100%)
Гентамицин	20	20 (100%)	13	11 (84,6±10,0%)
Ванкомицин	9	7 (77,8±13,9%)	5	4 (80,0±7,9%)
Тетрациклин	23	17 (73,9±9,2%)	10	7 (70,0±14,5%)
Ципрофлоксацин	14	14 (100%)	4	4 (100%)
Имипенем	12	11 (91,7±8,0%)	6	3 (50,0±20,4%)

Наиболее часто бактериологически были выделены *S.aureus* и *S.epidermidis*, что составило 91,8±2,6% от числа положительных результатов, поэтому приводим результаты исследования чувствительности этих микробов к антибиотикам (таблица 3).

Выводы.

1. В этиологии острого гематогенного остеомиелита у детей наиболее значимы *S.aureus* и *S.epidermidis*, доля которых среди других микроорганизмов составляет 91,8±2,6%.

2. По результатам исследования чувствительности *S.aureus* и *S.epidermidis* к антибиотикам в лечении острого гематогенного остеомиелита у детей наиболее эффективные препараты расположились в следующем порядке (по убыванию):

- 1) цефалотин, рифампицин, ципрофлоксацин;
- 2) цефотаксим, гентамицин;
- 3) цефазолин, клиндамицин, ванкомицин.

Литература:

1. Косинец, А. Н. *Инфекция в хирургии: руководство* / А. Н. Косинец, Ю. В. Стручков. - Витебск: ВГМУ, 2004. - С. 390-391.
2. Баиров, Г. А. *Неотложная хирургия детей: руководство для врачей. - 2-е изд., перераб. и доп. - Л.: Медицина, 1983. - С. 373-381.*
3. Исаков, Ю. Ф. *Детская хирургия* / Ю. Ф. Исаков, С. Я. Долецкий. - М.: Медицина, 1978. - С. 178.
4. Краснобаев, Т. П. *О лечении острого гематогенного инфекционного остеомиелита* / Т. П. Краснобаев // *Нов. хирург. арх.* - 1925. - № 3. - С. 355-364.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ АНАЛЬНЫХ СФИНКТЕРОВ

Дегтярёв Ю.Г., Коростылев О.Ю.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

УЗ "1-ая городская клиническая больница", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Важную роль в получении хорошего конечного результата лечения врожденных пороков аноректальной области играют правильно проводимые на всех этапах реабилитационные мероприятия, базирующиеся на оперативной и адекватной диагностике функции желудочно-кишечного тракта.

Цель. Определить эффективность электростимуляции анальных сфинктеров в диагностике и лечении больных с атрезией прямой кишки.

Материал и методы. Проведены комплексные исследования больных с патологией аноректальной зоны. Оценены результаты лечения 8 пациентов, оперированных по поводу врожденных аноректальных пороков развития в 2002-2009 гг. и 4 ребенка с упорными запорами. Кроме оценки клинического состояния, всем пациентам выполнялась аноректальная манометрия и электромиографическое исследование наружного анального сфинктера.

Результаты и обсуждение. Давление в покое после электростимуляции возросло у 7 больных, у 2 осталось неизменным и у 1 незначительно снизилось. Давление при произвольном сокращении возросло у 7 больных и уменьшилось у 1. Волевое удержание возросло у 7 больных и уменьшилось у 1. У 7 из 8 детей после сеанса электростимуляции увеличился хотя бы один из измеряемых параметров. После определения трёх вышеописанных параметров с помощью шприца Жане в прямую кишку вводилось 50 мл. воздуха. При этом у 3-х детей с функциональным мегаколоном наблюдался положительный

ректоанальный рефлекс: вначале повышение давления, вызванное сокращением НАС, затем падение давления, вызванное расслаблением ВАС, и возвращение его к базальному уровню. У детей с другими заболеваниями реакция ВАС на введение воздуха отсутствовала.

По нашим данным, электростимуляция анальных сфинктеров оказалась эффективной в 85,7% случаев. По данным литературы, у здоровых детей давление сфинктеров в покое равно $387,6 \pm 13,7$ мм вод. ст., а давление при произвольном сокращении - $731,7 \pm 39,4$ мм вод. ст. Таким образом, у обследованных нами детей эти показатели были ниже нормы. После сеанса электростимуляции они приблизились к нормальным. После первого сеанса электростимуляции время нарастания мышечного спазма сфинктера составило 0,823 с, время спада - 0,925 с, среднеквадратичная мощность сигнала ЭМГ -34,32 dB. Состояние пациентов - клинически улучшилось - оценка 5 ± 1 баллов. Дальнейшее проведение электростимуляции позволило более, чем в два раза сократить время нарастания и время спада мышечного спазма сфинктера (до 0,461 с и 0,393 с, соответственно). Среднеквадратичная мощность сигнала ЭМГ составила - 26,09 dB. Прослежена корреляция между данными сфинктероманометрии и ЭМГ.

После 10-ой процедуры электростимуляции время нарастания мышечного спазма сфинктера составило 0,489 с, время спада - 0,543 с, среднеквадратичная мощность сигнала ЭМГ -20,47 dB. Хотя скорость мышечного спазма сфинктера несколько уменьшилась, но при этом на треть увеличилась среднеквадратичная мощность сигнала ЭМГ.

Клинически у всех пациентов отмечены улучшения, проявившееся увеличением количества баллов по оценочной системе Келлей.

Выводы.

1. Средние значения всех измеренных параметров при сфинктероманометрии до сеанса электростимуляции были ниже нормы, что свидетельствует о недостаточности анальных сфинктеров после оперативного лечения.

2. Средние значения всех измеренных параметров после сеанса электростимуляции возросли, приблизившись к нормальным.

3. Сказанное выше свидетельствует об эффективности электростимуляции, проводимой больным с недостаточностью анальных сфинктеров.

4. Сфинктероманометрия является доступным и простым методом оценки эффективности электростимуляции анальных сфинктеров, причём точность её повышается при использовании приборов, измеряющих давление в миллиметрах водного столба

5. Электромиография анальных сфинктеров может быть использована для оценки эффективности электростимуляции, так как этот метод хотя и косвенно отражает силу сокращения сфинктеров, но проведенное исследование показывает его корреляцию со сфинктероманометрией.

6. Полученные результаты позволяют конкретизировать характер патологических изменений сфинктерного аппарата прямой кишки. Кроме того, визуализация результатов исследований в виде спектрограмм позволит использовать данный метод в системах с биологической обратной связью.

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Дегтярев Ю.Г., Аверин В.И.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В числе мер по повышению доступности и качества медицинской помощи одно из ключевых мест занимает внедрение стационарзамещающих технологий.

Цель. Определить возможности использования стационарзамещающих технологий в детской хирургии.

Материал и методы. Проанализированы данные годовых статистических отчетов ДХЦ за 2009 год по одной назологической единице: (шифр МКБ К40 - паховая грыжа).

Результаты и обсуждение. Плановая помощь детям г. Минска с хирургической патологией оказывается во втором хирургическом отделении ДХЦ. Традиционно оно называется "плановым". Очередь на плановые операции в настоящее время занимает 3-4 месяца. Для уменьшения ожидания очереди, улучшения доступности медицинской помощи в течении 2009 года некоторые операции выполнялись в гнойном отделении. В плановом отделении 2 ГКБ пролечено в 2008 г. всего больных - 221 Средние сроки лечения составили - 4,84. В 2009 г. Пролечено 252 больных. Средние сроки лечения (2009г.) 5,98 к/д. В то же время в гнойном отделении пролечено 49 больных в 2009 г. Средние сроки лечения составили 1,6 к/д. Осложнений после проведения операций не было. В соответствии с приложением к приказу МЗ РБ 27.09.2005 г. № 549 "Протоколы лечения по детской хирургии" стандарт лечения при данной патологии составляет 5 дней. Одна и та же патология потребовала различного времени нахождения в стационаре. Причем по сравнению с 2008 годом срок пребывания в стационаре в плановом отделении увеличился более, чем на 1 день. Что является оптимальным для больных, врачей, учреждений здравоохранения?

Документом, определяющим принципы работы хирургии одного дня, является Приказ МЗ Республики Беларусь от 18 февраля 2010 г. № 166 "Об организации медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и хирургических отделениях больничных организаций здравоохранения (с краткосрочным пребыванием пациентов)".

Можно выделить положительные стороны краткосрочного пребывания в стационаре: сохранение привычного окружения ребенка, отсутствие дополнительных контактов с источниками инфекции, подготовка к операции, выполнение операции и послеоперационное ведение пациента осуществляется одним врачом, сокращение срока ожидания плановой операции, отсутствие нарушений в функционировании семьи, сокращение материальных затрат. Но существует и ряд проблем, связанных с организацией краткосрочного нахождения больных в стационаре, так как это приведет к уменьшению занятости койки. Существенными являются опасения, что уменьшение коечного фонда может привести

к сокращению бюджета здравоохранения и к нарушению интересов разных категорий работников. Более того, уменьшение числа коек ведет к существенному сужению возможностей больницы, которые зависят от величины коечного фонда.

Выводы. Избыточная госпитализация детей с нетяжелыми, не требующими специальных методов наблюдения в условиях крупного города является расточительной. По нашему мнению стационарная медицинская помощь необходима лишь при заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных методов обследования и лечения с использованием современной медицинской техники, оперативных вмешательств, постоянного круглосуточного врачебного наблюдения и интенсивного ухода. Считаем, что проведение "амбулаторных" операций детям возможно лишь в условиях специализированного центра при наличии высококвалифицированного детского анестезиолога-реаниматолога. Ни в коем случае нельзя выполнять операции в поликлинике. При изменении подходов к госпитализации, коечный фонд, знания и опыт работающих в больницах специалистов могут использоваться рациональнее. Помимо неоправданного расхода ресурсов, длительное пребывание чревато развитием и распространением внутрибольничной инфекции. Всего этого удастся избежать при кратковременном пребывании в стационаре 1-2 дня.

Основная цель сокращения продолжительности госпитализации не экономия средств, а уменьшение негативных факторов больничного окружения для ребенка, нарушение привычного уклада жизни, психологической депривации, риска нозокомиальной инфекции. Это приведет к интенсификации использования больничного коечного фонда и сокращению недостаточно рационально используемых коек в соответствии с Директивой Президента Республики Беларусь от 14 июня 2007 года № 3 "Экономия и бережливость - главные факторы экономической безопасности государства".

ПЛАНОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДИССЕКТОРА LIGASURE

Дмитриев Ю.В., Шайдулин С.В., Баровский А.Н.
УЗ "Гомельская областная клиническая больница",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Плановая лапароскопическая спленэктомия (ЛС) у детей при гематологических заболеваниях применяется в России с 1993 г. [1]. Методика находит все большее применение в клинической практике в связи с совершенствованием лапароскопического оборудования и приобретением опыта у хирургов [2, 3].

Цель. Анализ применения и преимуществ коагуляции сосудов и связочного аппарата селезенки при плановой ЛС с помощью лапароскопического диссектора

аппарата Ligasure TM.

Материал и методы. Проанализированы 2 истории пациентов с плановой спленэктомией, выполненных в 2009-2010 гг. в отделении детской хирургии УГОКБ. Показаниями к операции явились гематологические заболевания: наследственная гемолитическая сфероцитарная анемия и идиопатическая тромбоцитарная пурпура. Возраст пациентов 9 лет и 14 лет, девочка и мальчик соответственно. Поступили из гематологического отделения полностью клинически обследованные. Операции выполнялись на лапароскопической стойке KARL STORZ, лапароскопические инструменты KARL STORZ и 10 мм диссектор Ligasure Vessel Sealing System (Valleylab, Boulder, CO). Положение пациента на правом боку. Операцию выполняли по 4-х троакарной методике. Диссекция связок и коагуляция сосудов селезенки выполнялось 10 мм лапароскопическим диссектором Ligasure, начиная с нижнего полюса селезенки и диафрагмально-ободочной связки. Затем проводилась диссекция и коагуляция сосудистой ножки селезенки с тщательной визуализацией хвоста поджелудочной железы. Коагуляции сосудистой ножки селезенки проводилась на протяжении, затем сосуды пересекались ближе к воротам селезенки. Короткие артерии, артерии желудка и диафрагмально-селезеночная связка пересекались на последнем этапе мобилизации. Извлечение селезенки из брюшной полости производилось с помощью пластикового контейнера через минилапаротомный доступ в первом случае, и с помощью пластикового контейнера с предварительным разрушением морцеллятором в о втором случае. Операция заканчивалась постановкой дренажа к ложу удаленной селезенки, ушиванием ран.

Результаты и обсуждение. Длительность ЛС в первом случае составила 90 минут и 60 минут во втором. Диссекция и коагуляция 10 мм диссектором Ligasure обеспечила надежный гемостаз и пересечение связок и сосудов без дополнительного использования ножниц. Кровопотери в ходе операции не отмечено. Осложнений во время операции и в послеоперационный период не наблюдалось. Применение морцеллятора сократило длительность операции на 30 минут. Продолжительность койко-дней соответственно составило 8 и 5 дней.

Выводы. Использование аппарата Ligasure при лапароскопической спленэктомии у детей с гематологическими заболеваниями обеспечивает качественный и надежный гемостаз в ходе операции и сокращает её длительность.

Литература:

1. Дронов, А. Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А. Ф. Дронов, И. В. Поддубный, В. И. Котловский. - М. "ГЭОТАР-МЕД", 2002. - 440 с.
2. The use of LigaSure during pediatric laparoscopic splenectomy: a preliminary report / F. Romano [et al.] // *Pediatr. Surg. Int.* - 2003. - N19 (11). - P.721-724.
3. Laparoscopic splenectomy: Ligasure versus EndoGIA: a comparative study / F. Romano [et al.] // *J. Laparosc. Adv. Tech. A.* - 2007. - N 17 (6). - P.763-767.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОПЕЧЁНОЧНОЙ ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Дубровин А.Г., Годик О.С., Жежера Р.В.
Национальный медицинский
университет им. А.А. Богомольца
НДСБ "ОХМАТДЕТ",
г. Киев, Украина

Актуальность. Допечёночная форма - основная причина портальной гипертензии (ПГ) в детском возрасте. За последнее десятилетие расширен спектр методов профилактики и лечения допечёночной формы портальной гипертензии. [1]

Цель. Оценить эффективность хирургических методов лечения допечёночной формы портальной гипертензии у детей.

Материал и методы. С 1994 по 2009 год в НДСБ "ОХМАТДЕТ" находилось на лечении 235 детей с ПГ, в возрасте от 3 месяцев до 18 лет. Допечёночная форма ПГ была выявлена у 181 (77%) ребёнка. Прошивание желудочно-пищеводного перехода (ПЖПП) выполнено у 45 больных. Спленоренальный анастомоз использован в 104 случаях: дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) - у 37 больных, прокисмальный спленоренальный анастомоз (ПСРА) - у 10 детей, спленосупраренальный анастомоз (СсРА) - в 24 случаях и спленоренальный анастомоз (СРА) бок в бок использован у 33 пациентов. По ургентным показаниям в связи с продолжающимся кровотечением из варикозно расширенных вен спленоренальные анастомозы выполнены у 10 детей. В 19 случаях дополнены ПЖПП. Мезокавальный (МКА) тип шунтирования использован у 16 детей, методом бок в бок в 7 случаях и Н-МКА у 7 детей, у 2 детей анастомоз выполнен с веной 1 порядка мезентериального бассейна и нижней полой веной методом конец в бок. Среди этих детей в 4 случаях МКА наложен по ургентным показаниям. С 2008 года интраоперационно проводилась ревизия левой ветви воротной вены и только в 3 случаях была возможность использовать мезо-портальное шунтирование. Всего выполнено 168 оперативных вмешательств. У 46 (27%) детей диагностирован рецидив кровотечения. Все дети оперированы повторно. У 38 (82%) пациентов первой операцией было ПЖПП на высоте кровотечения. В 21 (75%) случае при повторной операции предпочтение отдавали шунтирующим операциям: ДСРА - 5, СРА и СсРА - 12, МКА - 14. У 7 (25%) больных по ургентным показаниям проводилось ПЖПП. В 8 случаях диагностирован тромбоз ранее наложенного анастомоза: ДСРА - 3, СРА, СсРА - 5. Ревизия ДСРА в комбинации с ПЖПП выполнена в 3 случаях. У 5 пациентов удалось рещунтировать: СРА - в 2 случаях, Н-МКА и МКА у 3 пациентов.

Результаты и обсуждение. Анализ отдалённых результатов (срок наблюдения 10 лет) показывает высокую частоту (82%) рецидива кровотечений после ПЖПП. В последующем в 75% после ПЖПП удалось выполнить портосистемное шунтирование (СРА, СсРА, МКА). Эффективность портосистемного шунтирования оценивалась нами по данным УЗИ-ОБП с доплеро-

графией, ФЭГДС, данным психо-соматического статуса. Положительный эффект достигнут в 86.7% случаев. Оценивая эффективность портосистемного шунтирования, отмечено, что селективность ДСРА утрачивается в течение первых 3-5 лет после оперативного вмешательства. Анализ показателей степени уменьшения портопечёночной перфузии (ППП) при ДСРА и СРА свидетельствует о наименьшем снижении её в сравнении с МКА. Анализ эффективности мезо-портального шунтирования (срок наблюдения 1.5 года) показывает эффективную декомпрессию кардио-эзофагеального бассейна портальной системы и полное анатомо-физиологическое восстановление ППП.

Выводы.

1. Портосистемное шунтирование - эффективный метод лечения допечёночной формы в детском возрасте.
2. Мезо-портальное шунтирование - эффективный метод в лечении допечёночной формы портальной гипертензии и имеет преимущество перед другими видами порто-системного шунтирования ввиду сохранения порто-печёночной перфузии у детей.
3. Детям, перенесшим ранее операции разобщения сохраняется возможность выполнения порто-системного шунтирования в 75% случаях с хорошими отдалёнными результатами.

Литература:

1. Direct bypassing of extrahepatic portal venous obstruction in children: a new technique for combined hepatic portal revascularization and treatment extrahepatic portal hypertension / J. de Ville de Goyet [et al.] // J. Pediatr. Surg. - 1998. - Vol. 33, N 4. - P. 597-601.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С КРИПТОРХИЗМОМ

Зуев Н.Н., Шмаков А.П., Питкевич А.Э., Зуева О.С.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Крипторхизм является одной из самых частых причин мужского бесплодия. При этом диагностика и лечение крипторхизма должно состояться в раннем детстве; родители, а зачастую и врачи, удовлетворившись косметическим результатом, забывают о том, что наиважнейшим является функциональный итог лечения [1].

В настоящее время крипторхизм следует рассматривать, как системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек. При данной патологии наблюдаются диспластические процессы в других органах и тканях (нарушение жирового обмена и гормональной дискорреляции), а также изменение психики.

В последнее десятилетие интенсивно разрабатывается гормональная теория, исходящая из признания в качестве главного патологического фактора - нарушенную секрецию гонадотропинов в период ante- и постнатальной жизни, а в более общем виде - недостаточность

гипоталамо- гипофизарно-гонадной системы. Крипторхизм рассматривают как частое проявление врожденного первичного гипогонадизма и мужского псевдогермафродитизма, обусловленное дефективным биосинтезом или метаболизмом андрогенов. Считают, что короткость тестикулярной ножки обусловлена первичным гонадотропным дефицитом [2].

Цель. Целью работы явилось изучение гормонального статуса у детей с крипторхизмом.

Материал и методы. Анализу подвергнуто 348 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 14 лет, лечившихся по поводу крипторхизма, в хирургическом отделении Витебской областной детской клинической больницы. Из них правосторонний крипторхизм у 141 (40,5%), левосторонний - 85 (24,5%), двухсторонний - 39 (11,2%), паховая эктопия - 47 (13,5%), монорхизм - 22 (6,3%), ятрогенный крипторхизм - 14 (4,0%). Послеоперационный рецидив - 6 (1,7%).

Результаты и обсуждение. Также нами проведен анализ лечения 22 больных в условиях Витебского областного эндокринологического диспансера. Данным пациентам проведена терапия крипторхизма хорионическим гонадотропином (ХГ). Лечение проводилось курсами в дозировках соответственно возрасту детей: 1 курс - 10 детей, 2 курса - 7 детей, 3 курса - 3 детей. Гормонотерапия человеческим хорионическим гонадотропином, как правило, не приводит к опущению яичек в мошонку. Однако предоперационная гормонотерапия оказывает местное резорбтивное действие на ткани пахового канала. Этот эффект был назван депрессорно-мигрирующим и заключался в разрыхлении ткани пахового канала [1]. В связи с этим эффективность оперативного лечения увеличивается.

Нами начато изучение гормонального фона у детей с крипторхизмом до операции, поступивших в клинику детской хирургии. Кровь на половые гормоны бралась утром натощак, анализы проводились в лаборатории радиоизотопных исследований ВОКБ. По предварительным данным обследован 21 ребенок. Распределение по возрасту составило: до 2 лет - 6, от 3 до 5 лет - 5, от 6 до 10 лет - 4, от 11 до 14 лет - 6. У детей младшего возраста (до 7 лет) выявлено отсутствие или резкое снижение фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) гормонов и тестостерона (Т). У пациентов старшего возраста (от 7 до 14 лет): ЛГ - в крови отсутствовал или оставался на очень низком уровне, отмечалось повышение уровня ФСГ и Т, однако до нормальных показателей не доходили.

В одних случаях определение уровня ФСГ позволяет оценить гонадотропную функцию гипофиза, в других - получить представление о состоянии сперматогенного эпителия в яичках. Низкое содержание ФСГ указывает на недостаточную выработку этого гормона гипофизом, а высокое содержание - на значительное повреждение сперматогенного эпителия семенных канальцев. Снижение уровня ЛГ указывает на нарушение функции гипофиза, которое оценивается как признак вторичного гипогонадизма. Напротив, высокий уровень ЛГ характерен для андрогенной недостаточности клеток Лейдига, т.е. первичного гипогонадизма.

Выводы. Увеличение из года в год числа этих больных требует новых диагностических, тактических, лечебных

и реабилитационных решений. У детей с двухсторонним крипторхизмом, а также в тех случаях, когда яичко расположено внутри брюшной полости необходимо сочетать оперативное лечение с гормонотерапией.

Литература:

1. *Диагностика и лечение крипторхизма у детей: руководство для педиатров / Д. А. Морозов [и др.]; под ред. П. В. Глыбочко. - Самара: Изд-во СГМУ, 2007. - 28 с.*

2. *Ерохин, А. П. Крипторхизм / А. П. Ерохин, С. И. Воложин. - М.: Люкс-арт, 1995. - 344 с.*

ЛЕЧЕНИЕ НЕОГРАНИЧЕННОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Катько В.А.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Аппендикулярный перитонит у детей является самым частым видом перитонита. До настоящего времени, несмотря на прогресс современной медицины, эта патология сопровождается такими осложнениями, как спаечная непроходимость, сепсис, септический шок и др., может быть предметом многочисленных операций по поводу осложнений и быть причиной летального исхода. Поэтому предоперационная подготовка больных, техника и тактика оперативного вмешательства, послеоперационное лечение всегда находятся под пристальным вниманием детских хирургов.

Материал и методы. В период с 1970 г. по 1992 г. в клинике находилось на лечении 30089 детей с различными формами острого аппендицита. Среди них у 3108 больных (10,3%) наблюдали неограниченный аппендикулярный перитонит. У 2051 (66,0%) пациентов перитонит был местный, у 1001 (32,2%) - разлитой и у 56 (1,8%) - общий. Предоперационная подготовка проводилась согласно с общим состоянием больного (реактивная, токсическая, терминальная стадия) по схеме, разработанной в клинике. Основой операции, кроме удаления деструктивного червеобразного отростка, было одномоментное промывание брюшной полости (лаваж) антисептическими растворами (фурациллин, диоксидин и др.), а с 1990 г. физиологическим раствором.

Результаты лечения. Из 3108 больных 3076 выздоровели, 32 (1,0%) умерли. Основной причиной смерти была спаечно-паретическая непроходимость, по поводу которой производились многократные релапаротомии. Послеоперационный период у них осложнялся эвентрацией кишечника, образованием различных форм кишечных свищей, полиорганной недостаточностью, септическим шоком. Ранняя спаечная непроходимость имела место у 49 больных (1,7%).

После переоснащения клиники новым оборудованием, применения лапароскопического адгезиолизиса для лечения ранней спаечно-паретической непроходимости в послеоперационном периоде, использования для лаважа только физиологического раствора получены

следующие результаты лечения. В 1993-2008 гг. находилось на лечении 14631 больной с острым аппендицитом, из них 1670 (11,4%) - с аппендикулярным перитонитом. Местный перитонит был у 938 (56,2%) больных, разлитой - у 708 (42,4%), общий - у 24 (1,4%). Выздоровело 1668 пациентов, умерло 2 (0,1%). Ранняя спаечно-паретическая непроходимость после операций наблюдалась у 31 больного (1,8%).

Таким образом, приведенные цифры наглядно иллюстрируют успешность лечения такого тяжелого заболевания, как аппендикулярный перитонит (особенно разлитой и общий), сопровождающийся паралитической непроходимостью. Летальность уменьшена в 10 раз!

Результаты и обсуждение. Снижение летальности - это главный показатель успеха примененного метода лечения перитонита. Чем объяснить такое снижение? Прежде всего, это лапароскопическим адгезиолизисом при послеоперационных осложнениях (спаечно-паретической непроходимости - самым частым осложнением послеоперационного периода). В первом периоде работы клиники применялась срединная релапаротомия - очень травматичная операция, заканчивающаяся спаечной непроходимостью, эвентрацией петель тонкой кишки, образованием несформированных кишечных свищей с последующими летальными исходами. Лапароскопическая повторная операция позволяет повторно произвести лаваж брюшной полости, нанести незначительную травму кишечнику и брюшной стенке, предупредить суперинфекцию. Немаловажное значение имели предоперационная подготовка, лаваж брюшной полости индифферентным раствором, рациональная антибиотикотерапия и послеоперационное лечение.

ЭТАПНАЯ ОСТЕОСЦИНТИГРАФИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Кепеть В.А.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Одной из актуальных проблем хирургических инфекций у детей остается диагностика и лечение острого гематогенного остеомиелита [1]. Это связано с тем, что результат лечения во многом зависит от оценки тяжести состояния и прогноза последствий заболевания, так как продолжительность болезни нередко исчисляется годами [2].

Цель. Улучшение результатов лечения острого гематогенного остеомиелита путем оценки активности воспаления в очаге поражения с помощью проведения этапных скинтиграфических исследований при поздней диагностики заболевания.

Материал и методы. Обследовано 7 больных с острым гематогенным остеомиелитом в возрасте от 2 месяцев до 16 лет, находившихся на лечении в Центре детской хирургии г. Минска. Все дети поступали в сроки свыше 6 суток от начала заболевания. В возрасте 2 месяцев был 1 (14,3%) пациент, от 7 до 11 лет - 4 (57,1%) больных,

от 12 до 16 лет - 2 (28,6%). Мальчиков было 6 (85,7%), девочек - 1 (14,3%). Диагноз острого гематогенного остеомиелита был подтвержден у всех детей цитологическим и бактериологическим методами и исследования. Септикопиемическая форма была выявлена у всех пациентов. В 6 (85,7%) случаях остеомиелитом поражалась бедренная кость. У 2 больных воспалительный процесс перешел в хроническую форму, сроки поступления в специализированный стационар составляли свыше 12 суток от начала заболевания.

Скинтиграфическое исследование для оценки активности воспаления в очаге поражения проводилось с помощью цифровой двухдетекторной гамма-камеры "FORTE" фирмы "PHILIPS" у всех пациентов с применением остеотропного радиофармпрепарата - $^{99m}\text{Tc-MDP}$. Всего проведено 18 исследований: профильное сканирование скелета в двух проекциях выполнено 8 (44,4%) раз, трехфазная остеоскинтиграфия - 9 (50,0%), оценка зоны скелета в томографическом режиме - 1 (5,6%). Первичных исследований было 7 (38,9%), повторных - 11 (61,1%).

Результаты и обсуждение. У всех больных при первичном скинтиграфическом исследовании были выявлены изменения, характерные для воспалительного процесса в костях. Результат выражался в виде разницы уровня накопления радиофармпрепарата между симметричными участками скелета и был в пределах от 249% до 358%. У 4 (57,1%) детей проводилось профильное сканирование всего скелета в передней и задней проекции, у 3 (42,9%) - трехфазная остеоскинтиграфия. Профильное скинтиграфическое исследование у 3 (42,9%) больных способствовало выявлению новых очагов воспаления в костях. У 1 больного дополнительно было найдено два очага, у 2 - по одному. На момент проведения остеоскинтиграфии рентгенологических изменений в новых очагах выявлено не было. Диагноз подтверждался цитологическим и бактериологическим методом исследования. Длительность лечения и наблюдения за больными составила несколько лет и включала повторные госпитализации в течение 2 лет у 3 детей, 3 лет - у 3 пациентов и 4-х - у 1 больного.

Для оценки активности воспалительного процесса в патологическом очаге проводилась трехфазная остеоскинтиграфия, которая включала фазу кровотока, фазу кровенаполнения в мягких тканях и фазу накопления радиофармпрепарата в костях через 3 часа после внутривенного введения последнего. Всего проведено 9 этапных исследований. Из них 3 - профильное сканирование всего скелета, 6 - трехфазное исследование.

У 1 больного при профильном сканировании очаг гиперфиксации препарата проецировался на кость и мягкие ткани. Для уточнения локализации очага воспаления в исследуемой зоне потребовало проведения исследования в томографическом режиме, что позволило исключить мягкие ткани из процесса воспаления.

Выводы. Повышение накопления радиофармпрепарата указывало на наличие воспаления в кости. Профильное сканирование всего скелета в передней и задней проекции в острый период позволяло выявлять новые участки поражения кости без рентгенологических признаков остеомиелита. Проведение трехфазной этапной остеоскинтиграфии позволяло проводить оценку

активности воспаления в зоне интереса с последующей коррекцией проводимого лечения.

Литература:

1. Трудности диагностики и лечения септикопиемической формы острого гематогенного остеомиелита у ребенка / Б. И. Мацкевич [и др.] // *Здравоохранение*. - 1998. - № 8. - С. 53-54.

2. Поздеев, А. П. Хирургическое лечение детей с последствиями острого гематогенного остеомиелита плечевой кости / А. П. Поздеев, Р. А. Базаров // *Вестн. хирургии им. И. И. Грекова*. - 2003. - Т. 162, № 2. - С. 49-54.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕГИОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кепеть В.А., Проценко Е.Ю.,
Аринчин В.Н., Прокопеня Н.С.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
УЗ "1-я Городская клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Повышение диагностики и эффективности лечения острого гематогенного остеомиелита у детей является актуальной проблемой детской хирургии [1]. Это связано с возможностью перехода заболевания в хроническую форму и развитием различных осложнений (ложные суставы, патологические переломы и другие).

Цель. Изучение рентгенологической картины острого гематогенного остеомиелита у детей на основе оценки состояния регионарного кровообращения.

Материал и методы. Обследовано 133 ребенка с острым гематогенным остеомиелитом в возрасте от 3 до 15 лет. У 99 (89,2 %) больных выявлена местноочаговая форма, у 12 (10,8 %) септикопиемическая. Диагноз острого гематогенного остеомиелита подтвержден цитологическим и микробиологическим методами исследования костного мозга. Поражение длинных трубчатых костей отмечено у 105 больных, коротких - у 16, плоских - у 12. Рентгенологическое исследование проводили при поступлении, перед выпиской, через 1, 3, 6 и 12 месяцев после выписки.

Регионарное кровообращение зоны поражения костной ткани изучали методом продольной тетраполярной реоплетизмографии аналогичных фрагментов здоровой и больной конечности [2].

Результаты и обсуждение. При сравнительной оценке основных гемодинамических ситуаций острого гематогенного остеомиелита с рентгенологической картиной заболевания была выявлена взаимосвязь между ними. Для детей, у которых регионарное кровообращение характеризовалось обеднением артериального кровенаполнения на фоне признаков интерстициального отека тканей, рентгенологическая картина соответствовала деструктивному процессу. Сочетание остеопороза и

остеосклероза было выявлено у детей с неустойчивым кровотоком (снижение артериального кровенаполнения на фоне спазма артериальных сосудов).

У больных с высоким кровотоком (усиленное артериальное кровенаполнение) рентгенологическая картина была в виде очагового остеосклероза. В остром периоде у больных с усиленным артериальным кровенаполнением на фоне резкого обеднения микроциркуляторного кровотока рентгенологическая картина характеризовалась отсутствием деструктивных изменений. При переходе воспалительного процесса в хроническую стадию артериовенозному шунтированию соответствовала картина формирования секвестра.

Выводы. Низкому кровотоку и интерстициальному отеку тканей соответствовала рентгенологическая картина очаговой деструкции костной ткани. Артериовенозное шунтирование при переходе воспалительного процесса в хроническую стадию характеризовалось формированием секвестра. При наличии неустойчивого кровотока развивался процесс перестройки костной ткани - остеопороз и остеосклероз. Для высокого кровотока в конечности больных была характерна картина очагового остеосклероза на заключительном этапе лечения и диспансерного наблюдения.

Литература:

1. Лечение острого гематогенного остеомиелита у детей / В. Е. Щитинин [и др.] // *Дет. хирургия*. - 2000. - № 5. - С. 8-11.

2. Регионарное кровообращение у детей с острым гематогенным остеомиелитом / В. А. Кепеть [и др.] // *Здравоохранение*. 2001. № 7. С. 9-13.

КИСТЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ковальчук В.И., Новосад В.В.,
Новосад Е.А., Малышко Н.А.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Кисты брюшной полости у детей являются актуальной проблемой современной педиатрии, гинекологии и ургентной хирургии детского возраста. По литературным данным, они встречаются у детей всех возрастов: в период новорожденности - в 1,8 - 2,1%, от 1мес. до 3 лет - в 2,9 - 4,3% [1]. У новорожденных и грудных детей чаще встречаются кисты яичников. Спонтанная регрессия кист встречается у 25-50% новорожденных. Диагностика основана на эхографических данных, компьютерной томографии, МРТ. Тактика лечения опухолевидных образований зависит от размеров и структуры кист, от наличия осложнений [2].

Цель. Дать характеристику кистозных образований брюшной полости у новорожденных и определить тактику лечения.

Материал и методы. За 2005-2009 г.г. в клинике детской хирургии наблюдалось 15 новорожденных с интраабдоминальными кистозными образованиями:

кистозная трансформация яичника - 8, энтерокиста и киста брыжейки - 2; киста холедоха - 1, киста ворот печени - 2, киста поджелудочной железы - 1, киста средостения и брюшной полости - 1.

В большинстве случаев патология - объемное образование брюшной полости - выявлена внутривутробно при УЗ-сканировании у 11 детей (73%) - в сроках от 22 недель до 36 недель беременности. Акушерский анамнез был отягощенным у 8 матерей (53%) и представлен следующей патологией - ОРЗ, отеки, нефропатия, анемия, хроническая внутривутробная гипоксия плода, гестозы, урогенитальные инфекции; угроза прерывания беременности и выкидыша на разных сроках отмечена у 4 (27%) женщин.

Результаты и обсуждение. Обследование детей включало в себя осмотр, клинико-лабораторные исследования крови и мочи, ультразвуковое сканирование органов брюшной полости и органов малого таза. В одном случае ввиду сомнительных эхографических данных потребовалось проведение магнитно-резонансной томографии при дифференциальной диагностике между кистозным удвоением желудка и кистой брыжейки тонкой кишки (УЗ исследование), заключение МРТ - киста заднего средостения и брюшной полости. При осмотре у 9 (60%) детей пальпировалось опухолевидное образование в брюшной полости, у 6 (40%) - объемное образование не определялось. Необходимо отметить, что у 2 детей с кистой яичника и у 1 ребенка с кистой ворот печени отмечалось уменьшение размеров образования по сравнению с данными антенатального УЗ-исследования, поэтому проводилось динамическое наблюдение. К 2 месячному возрасту эти кисты регрессировали. В остальных случаях выполнялось оперативное лечение.

Показаниями к операции являлись - размеры опухолевидного образования (от 30 мм и больше) и наличие в его полости мелкодисперсной взвеси или мягкотканого компонента, а также увеличение образования в динамике. Лапароскопическая операция выполнена у 1 мальчика с кистой хвоста поджелудочной железы, у 1 девочки с кистой ворот печени и у 1 девочки с кистой правого яичника. Остальные 9 детей (60%) оперированы традиционным способом - лапаротомия, удаление кисты. У ребенка с кистой холедоха наложен биликодигестивный анастомоз. Следует отметить, что при кистах яичников в 75% случаев патология обнаружена справа, в 25% - слева.

При гистологическом исследовании удаленных макропрепаратов обнаружено следующее: фолликулярная киста - 1, серозная киста - 1, стенка кисты с хроническим очаговым гнойным воспалением и участком ткани поджелудочной железы - 1, энтерокистома - 1. В 5 случаях кисты были с участками некроза и кровоизлияниями в стенку образования, в 3 случаях - с участками кровоизлияний и обызвествлений.

Выводы.

1. При антенатальном выявлении интраабдоминальных кистозных включений дети подлежат переводу в профильный стационар; основным методом диагностики является УЗИ, при необходимости показана МРТ;

2. Наиболее частой причиной интраабдоминальных кист у новорожденных являются овариальные кисты. Неосложненные кисты до 3 см в диаметре склонны к спонтанной регрессии, остальные подлежат оперативному удалению.

Литература:

1. Роберто, Р. *Пренатальная диагностика врожденных пороков развития у плода* / Р. Роберто. - М.: Медицина, 1994. - 448 с.

2. Дронов, А. Ф. *Эндоскопическая хирургия у детей* / А. Ф. Дронов, И. В. Поддубный, В. И. Котлобовский. - М.: Медицина, 2002. - 440 с.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

*Кривченя Д.Ю., Притула В.П.,
Дубровин А.Г., Яременко В.В.,
Сильченко М.И., Хуссейны С.Ф., Метленко А.В.
Национальный медицинский университет имени А. А.
Богомольца, Национальная детская
специализированная больница "Юхматдет",
г. Киев, Республика Украина*

Актуальность. Основным методом лечения эхинококкоза печени (ЭП) у пациентов любого возраста является хирургический. Однако, после лечения детей с ЭП встречаются 17,4-64,0% послеоперационных осложнений, а рецидив заболевания достигает 7,7%-15,0% [1, 2, 3].

Цель работы. Разработать комплексную оптимальную тактику для эффективного лечения ЭП у детей.

Материалы и методы. Мы лечили 175 детей в возрасте от 2 до 18 лет с ЭП. Для установления диагноза использовали клинически-лабораторные данные, ультрасонографию, компьютерную томографию, обзорную рентгенографию органов грудной клетки и серологические тесты.

Изолированное поражение печени диагностировано у 160 пациентов. Сочетанное поражение печени и легких отмечали у 5 детей, печени и купола диафрагмы - у 5 пациентов, печени и сердца - у 1, печени и левой почки - у 1, печени и большого сальника - у 3 детей. В правой доле печени эхинококковые кисты локализовались у 106 детей, у 44 пациентов кисты были в левой доле. Комбинированное поражение обеих долей печени наблюдали у 25 детей. Согласно классификации А.Т. Пулатова и Т.А. Абдуфатаева (1994) мелкие кисты обнаружены у 32 пациентов, малые - у 76, средние - у 35, большие и гигантские - у 32 пациентов.

Результаты и обсуждение. Не оперировано 10 детей с мелкими кистами диаметром меньше 1 см. Показания для хирургического лечения таких кист выдвигали при увеличении их размеров. Остальные пациенты были прооперированы.

При глубоких ЭКП в сложных анатомических зонах и при необходимости пролонгированной санации методом дренирования у 21 пациента транскутанно пунктировали кисту под ультрасонографическим и рентгенологическим контролем.

Остальным пациентам произведена лапаротомия. Важным моментом в лечении паразитарных кист уделяли санации, что предполагала декомпрессию кисты удалением жидкости из кисты и обеззараживание ее полости поочередным введением из семиминутной экспозицией

10% спиртовой настойки йода, 96° этилового спирта и 0,02% раствора хлоргексидина. Завершали санацию введением раствора антибиотика.

Для ликвидации полости кисты мы никогда не использовали оментопластику, а проводили капитонаж или ушивание ее полости. У 29 детей операцию заканчивали без дренирования ушитой полости кисты. У 99 пациентов при больших объемах остаточной полости, после капитонажа, дополнительно дренировали ее трубчатым дренажем с последующим пролонгированным санированием.

При невозможности интраоперационного удаления глубокой кисты, без выхода фиброзной капсулы на поверхность печени, санацию и дренирование ее выполняли пункционным способом при помощи ультразвукографии у 2 пациентов и у 8 детей - без ультразвукографии. При поверхностном и краевом размещении кисты выполняли перицистэктомию (у 3 детей) или краевую резекцию печени (у 3 детей).

Специфическую медикаментозную терапию (мебендазол, аль-бендазол, вормил) использовали только как дополнительное средство при множественном или комбинированном эхинококкозе, как самостоятельный метод консервативного лечения при мелких кистах с положительными серологическими тестами, и в послеоперационном периоде при росте антител в серологических тестах. После лечения кист печени типичных осложнений, рецидивов и летальных случаев у наших пациентов не наблюдали.

Выводы.

1. Мелкие эхинококковые кисты печени, диаметром до 1 см, необходимо наблюдать в динамике на фоне специфического медикаментозного лечения. Показанием для хирургического лечения таких кист является увеличение их размеров.

2. В хирургическом лечении ЭП необходимы декомпрессия, санирование, удаление и капитонаж ее с пролонгированным дренированием остаточной полости (по показаниям). Глубокие интрапаренхиматозные эхинококковые кисты печени подлежат пролонгированному транскутанному или транслапаротомному дренированию с тщательной санацией кисты. При поверхностном и краевом размещении эхинококковых кист печени необходимо выполнять перицистэктомию или краевую резекцию печени.

3. Специфическое медикаментозное лечение ЭП рекомендовано как дополнительное средство при множественном или комбинированном эхинококкозе, как самостоятельный метод консервативного лечения при мелких кистах с положительными серологическими тестами, и в послеоперационном периоде при росте антител в серологических тестах.

Литература:

1. Хирургическое лечение абдоминального эхинококкоза / Р. Т. Меджидов [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии*. - 2007. - № 1. - С. 43-48.

2. Goksoy, E. *Operative Therapie des Echinokokkus granulosisus (cysticus)* / E. Goksoy, M. Duren // *Chirurg*. - 2000. - Vol. 71. - P. 21-29.

3. *Ultrasound guided percutaneous sclerotherapy of hydatid liver cysts in chil-dren* / A. Kabaalioglu [et al.] // *Pediatr. Surg. Int.* - 2000. - Vol. 16. - P. 346-350.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Мацкевич Б.И., Шейбак В.М.

УО "Гродненский государственный медицинский университет",

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Детская хирургия, как самостоятельная медицинская специальность выделилась около 150 лет тому назад. В нашей республике она стала формироваться в конце 20-х годов прошлого столетия. За истекший период достигнуты значительные успехи в разработке методов лечения детей с хирургическими заболеваниями, техники оперативных вмешательств у детей разного возраста, выполнено много научных исследований в области детской хирургии. Несмотря на это, детская хирургия не стала общедоступной для детей, что зависит во многом от правильной организации хирургической помощи детям.

Цель работы. Улучшение организации хирургической помощи детям.

Материал и методы. Выполнен анализ материалов государственных архивов областей республики, областных больниц по вопросам организации хирургической помощи детям (отчеты главных хирургов и главных педиатров управлений здравоохранения облисполкомов, приказы заведующих управлением здравоохранения и приказы главных врачей областных больниц для взрослых и детских больниц). Изучены материалы по вопросам организации хирургической помощи детям опубликованные в печати, а также опубликованные сведения официальной статистики БелЦНМИ.

Результаты и обсуждение. В крупных детских хирургических учреждениях получены значительные достижения в области научных исследований и практической медицины. Однако не каждому ребенку в Республике возможно при необходимости обратиться к детскому хирургу. Для того, чтобы получить помощь детского хирурга ребенку необходимо преодолеть большие расстояния. В то же время просто не хватает детских хирургов. В Беларуси имеется 118 районов, а по данным главного внештатного детского хирурга МЗ Республики Беларусь В.И.Аверина, в республике в 2004 г. было всего 119 детских хирургов. Большинство из них находятся в областных центрах и в столице. Не лучше обстоит дело и со стационарной помощью. Те 12 детских хирургических отделений, которые имеются в стране, не в состоянии обеспечить хирургическую помощь всем нуждающимся в ней детям. Поэтому до настоящего времени большинство оперативных вмешательств у детей выполняется в общих стационарах, хотя уже давно всем известно, что детей лучше лечить в детских медицинских учреждениях.

Для того, чтобы поставить объем хирургической помощи детям на нужный уровень следует значительно расширить сеть детской хирургической службы. Во всех районных поликлиниках, где имеется прием педиатра, необходимо организовать постоянный прием детского

хирурга, который бы обеспечивал детей амбулаторной помощью и консультировал больных детей в районной больнице.

В областных детских больницах следует иметь отделения хирургического профиля (общехирургические, ортопедо-травматологические, урологические и др.), которые могли бы оказывать специализированную помощь детям.

В Центре Детской Хирургии целесообразно иметь высокотехнологичные специализированные детские хирургические отделения, требующие дорогостоящего оборудования и аппаратуры и располагающие высококвалифицированными кадрами (отделение хирургии новорожденных, эндоскопической хирургии, кардиохирургии, трансплантологии и т.п.).

Подготовка будущих детских хирургов должна вестись из студентов педиатрического факультета, при этом количество часов по детской хирургии может быть увеличено в несколько раз. Заключительным этапом подготовки детского хирурга является субординатура и последующая интернатура в клиническом учреждении. В первые три года работы в районном центре целесообразно рекомендовать обучение в очнозаочной клинической ординатуре. Таким путем можно улучшить оказание помощи детям с хирургической патологией.

Литература:

1. Аверин, В. И. *Рецепт / В. И. Аверин. - 2005. - С. 3-4.*
2. Мацкевич, Б. И. *Проблемы детской хирургии на Беларуси / Б. И. Мацкевич, В. М. Шейбак // Актуальные вопросы дет. хирургии: мат. Респ. науч.-практ. конф. дет. хирургов. - Витебск, 2008. - С. 216-217.*
3. Мацкевич, Б. И. *Проблемы поликлинической детской хирургии в Респ.-публике Беларусь / Б. И. Мацкевич // Здоровая мать - здоровый ребенок: мат. VIII съезда педиатров РБ. - Минск, 2006. - С. 300-303.*

40-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА

Никифоров А.Н., Аверин В.И., Дегтярев Ю.Г.,
Дардынский А.В., Новицкая С.К.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "Детский хирургический центр",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. За 40-летний период в детском хирургическом центре (ДХЦ) применялись различные методы операций при болезни Гишпрунга. В методы Соаве и Дюамеля внесены наши модификации, что позволило получать лучшие результаты. Но в последнее 10-летие предложена новая модификация операции Соаве. Это говорит о том, что эта проблема является актуальной.

Цель. Представить результаты оперативного лечения болезни Гишпрунга у детей в детском хирургическом центре за 40 лет.

Материал и методы. С 1970 по 2009 годы в ДХЦ оперировано 363 ребенка с болезнью Гишпрунга. Опера-

ция Дюамеля в классическом варианте сделана 34 больным, Дюамеля-Баирова - 22, Соаве-Ленюшкина - 12, Соаве в нашей модификации - 4, Свенсона - 1, операция Дюамеля в нашей модификации - 272, повторные операции - 6 и сфинктеромиотомия - 12.

Результаты и обсуждение. Из 34 детей, оперированных классическим методом Дюамеля, у 15 (44%) в раннем послеоперационном периоде развились осложнения: несостоятельность анастомоза - у 7, сужение входа в сигмовидную кишку - у 4. Причиной развития несостоятельности анастомоза с развитием перитонита явилось раннее отпадение зажимов Кохера, наложенных на "парус". Все эти дети оперированы повторно, один из них умер. Хороший функциональный результат в отдаленном периоде получен у 85% больных. В раннем послеоперационном периоде у 10 (45%) из 22 оперированных детей по Дюамелю-Баирову (без рассечения внутреннего анального сфинктера) произошло отхождение задней стенки низведенной кишки с формированием тазового абсцесса у 4 и развитием перитонита у 2. Оба эти ребенка оперированы повторно, но спасти их не удалось. Причиной развития гнойных осложнений при этом методе операции явилась несостоятельность сигморектального анастомоза, накладываемого выше внутреннего анального сфинктера.

Из 20 выписанных больных 8 (40%) неоднократно лечились в стационаре в связи с наблюдавшимися у них запорами и каломазанием, колитом. Двое детей оперировано повторно. Нами эта методика была оставлена. У 7 из 12 детей, оперированных по Соаве-Ленюшкину, в раннем послеоперационном периоде имелись различные осложнения: частичная непроходимость - у 5, несостоятельность анастомоза с развитием фибринозно-гнойного перитонита - у 1 (умер). Второй ребенок умер от недиагностированного до операции токсоплазмоза. Из 10 выписанных больных 4 лечились в стационаре многократно по поводу неудовлетворительных отдаленных результатов, постоянного каломазания. Все они повторно оперированы. Одному из них произведена операция Дюамеля в нашей модификации, троим - рассечение в продольном направлении мышечного цилиндра прямой кишки. Неудовлетворенность результатами операции Соаве заставила нас разработать модификацию этой операции, состоящую в проведении рассечения на всем протяжении мышечного цилиндра прямой кишки. Этим методом оперировано 4 детей с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. С 1983 года в клинике применяется разработанная нами операция Дюамеля с использованием для наложения колоректального анастомоза сшивающих аппаратов типа НЖКА - 60. Этим методом оперировано 272 ребенка. Ни у одного из них не было гнойных осложнений ни в раннем, ни в позднем периодах. У 9 имели место осложнения общехирургического характера: повреждение мочеточника - у 1, ранняя спаечная непроходимость - у 2, эвентрация - у 3 и отхождение участка задней стенки низведенной кишки - у 1. В отдаленном периоде у некоторых детей, оперированных в раннем возрасте, наблюдалось каломазание, связанное с наличием низкого "паруса", причина которого установлена. При ультракоротких зонах аганглиоза у 12 больных произведена сфинктеро-миотомия с хорошими отдаленными результатами.

Выводы.

1. Операции при болезни Гиршпрунга должны сочетаться с рассечением внутреннего анального сфинктера.
2. При операции Дюамеля наложение сигморектального анастомоза должно выполняться с помощью сшивающих аппаратов.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ. ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ

*Никифоров А.Н., Дегтярев Ю.Г.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В Республике Беларусь ежегодно на лечение за рубеж (в Республику Польша и Российскую Федерацию) направляется 2-3 ребенка для трансплантации печени. Наиболее частым показанием к трансплантации печени у детей является билиарная атрезия. Каждая операция обходится бюджету государства в сумму 70-80 тыс. евро. Трансплантация печени является методом выбора при лечении многих ее заболеваний. Исходя из вышесказанного, понятна целесообразность выполнения трансплантации печени у детей в Республике Беларусь. Организация трансплантации печени у детей требует участия многих специалистов и учреждений.

9 ГКБ является единственной клиникой, где развивается программа трансплантации печени (в настоящее время выполнено около 50 трупных трансплантаций). В отличие от взрослого контингента больных, проблема с трансплантацией детям (особенно в младенческом возрасте) в настоящее время не решена. Одним из путей замещения дефицита донорских органов является пересадка фрагментов печени от живых родственных доноров. Ожидание трупных донорских органов более, чем в 60% приводит к летальности больных в периоде из-за развития печеночной недостаточности. Наличие живого родственного донора позволяет выполнять операции в плановом порядке с планированием методов обследования, тактики предшествующего лечения и прогнозированием возможных осложнений. Плановый характер трансплантации печени от родственного донора позволяет избежать многих осложнений в послеоперационном периоде.

Уровень состояния белорусской медицины: квалификация хирургов, оснащение операционных, палат интенсивной терапии, лабораторий достаточен для выполнения данных операций в Республике Беларусь. Учитывая принципы непрерывности лечения, взаимодействия и преемственности, считаем необходимым участие в операциях врачей-специалистов, выполнявших предшествующие операции (детские хирурги). В плане технической подготовки к проведению родственной трансплантации считаем необходимым использовать опыт зарубежных коллег. В настоящее время клинических протоколов для лечения детей до и после трансплантации печени нет. В связи с появлением детской трансплантологии необходимо их создание.

Оптимальными путями решения проблемы могут быть:

1. Совершенствование механизма взаимодействия учреждений здравоохранения с учетом диагностических и лечебных возможностей, бюджетных ассигнований и внебюджетной деятельности для осуществления трансплантации печени детям;

2. Достижение высокого уровня взаимосвязи и преемственности между учреждениями здравоохранения, занимающимися лечением детей с патологией печени у детей. Необходимо создать условия для широкого участия и привлечения соответствующих партнеров: ГУ "РНПЦДОГ", кафедры детской хирургии БГМУ, 9 ГКБ г. Минска.

3. Выделение в учреждениях здравоохранения специализированного кооперативного фонда для обследования и лечения детей с патологией печени (в том числе и нуждающихся в ее трансплантации) с учетом имеющейся реальной потребности, где будут проходить все этапы диагностики и лечения пациентов, нуждающихся в трансплантации печени.

4. Разработка клинических протоколов обследования и лечения детей при трансплантации печени.

Учитывая принцип непрерывности лечения, считаем необходимым участие в операциях врачей-специалистов, выполнявших предшествующие операции. Выполнение операции невозможно без тесного сотрудничества детских хирургов, онкологов, трансплантологов. Взаимодействие со специалистами, выполняющими операции у взрослых, позволит использовать их опыт для забора донорского трансплантата.

Следует отметить особенности анестезии и интенсивной терапии при трансплантации печени. Она возможна лишь в условиях детского специализированного отделения с участием высококвалифицированных детских анестезиологов-реаниматологов. Особенностью является специфика возраста, в котором наиболее часто проводятся операции (1 год), это требует от врачей отделения интенсивной терапии опыта в работе с детьми младшей возрастной группы, необходима также специальная анестезиологическая аппаратура, позволяющая проводить при необходимости у этих пациентов длительную искусственную вентиляцию легких.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММНО-АППАРАТНОГО КОМПЛЕКСА "ОМЕГА-М" ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ

*Питкевич А.Э., Шмаков А.П.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. Особенностью работы врача педиатрического профиля является сложность в выявлении и оценки клинических симптомов заболеваний у детей, вариабельность и атипизм течения многих патологий. Особенно это актуально в детской хирургии и реанимации. Поэтому внедрение новых технологий, адаптированных к детскому возрасту для оценки и динамического

контроля функционального состояния организма, позволяющих определять уровень, резервы и отклонения от нормы показателей сердечно-сосудистой системы, вегетативной и центральной регуляции, уровень компенсации и энергетические ресурсы организма нам представляется перспективным. Программно-аппаратный комплекс "Омега-М" дает возможность практикующему врачу любой специальности контролировать показатели функционального состояния пациента в режиме реального времени, прогнозировать их изменения, оценивать резервы организма и определять эффективность лечения [2].

Цель. Оценить возможность и целесообразность применения ПАК "Омега М" у детей. Исследовать функциональное состояние организма школьников разных возрастов по нормативным показателям комплекса "Омега М" и выявить различия и особенности показателей в возрастных группах.

Материал и методы. Было обследовано 182 школьника 6 - 14 лет. Выполнено 61 обследование учащихся 1 класса (средний возраст $6,4 \pm 0,5$ лет); 69 обследований школьников 4 класса (средний возраст $10,4 \pm 0,5$ лет); и 52 обследование подростков 13 - 14 лет (средний возраст $13,5 \pm 0,8$ лет). Положение обследуемого - сидя в кресле. Электроды накладывались на внутренние поверхности предплечий, ЭКГ регистрировалась в I стандартном отведении. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета Statistica 6.0. Учитывая, что распределение большинства показателей не подчиняется нормальному, данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха - 25-ый и 75-ый квартили. Достоверность различий между анализируемыми группами оценивалась непараметрическим U-критерием Манна-Уитни. Достоверными признавались показатели при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Наш опыт применения аппаратно-компьютерного комплекса "Омега-М" для оценки функционального состояния организма здоровых школьников разных возрастных групп подтверждает имеющиеся в пакете пользователя и публикациях разработчиков системы положений о полезном диагностическом клиническом значении использования комплекса. Основой программы является регистрация кардиоритмограммы в соответствии с разработками Р.М. Баевского, для прогнозирования состояний организма на грани нормы и патологии [1]. Однако в отличие от систем, предназначенных исключительно для оценки вариабельности сердечного ритма комплекс "Омега М" включает ряд дополнительных автоматизированных программ математического анализа, представления информации и формирования заключения с оценкой функционального состояния организма в процентах от максимального возможного идеального в сто процентов. Выполнение исследования абсолютно безопасно, не обременительно для пациента и занимает 5-6 минут времени с выходом на дисплей и принтер в графическом и текстовом вариантах интегральных заключений о текущем состоянии организма и прогнозом на ближайшие сутки. Минимальный срок, необходимый для получения заключения особенно важен при экстремальных состояниях организма.

Выводы. Обследование детей младшего и среднего

школьных возрастов показало их хорошее функциональное состояние во всех возрастных группах. Отличия выявляются в отношении младшей школьной возрастной группы, в которую вошли дети 6 лет впервые пришедшие в школу, в 1 класс. Для детей этого возраста характерна более высокая частота сердечных сокращений. Интегральный показатель состояния организма у детей этого возраста оказался незначительно, на 2-3 %, ниже, по сравнению со школьниками 2 и 3 возрастных групп.

Литература:

1. Баевский, Р. М. *Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения. Новые методы электрокардиографии* / Р. М. Баевский, Г. Г. Иванов; под ред. С. В. Грачева, Г. Г. Иванова, А. Л. Сыркам. - М., 2007. - С. 474-498.

2. Система комплексного компьютерного исследования функционального состояния организма человека "Омега-М" // *Документация пользователя*. - СПб., 2006. - 65 с.

МЕТОД ЗАКРЫТОЙ РУЧНОЙ РЕПОЗИЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ

Питкевич А.Э., Лопатнев В.Е.,

Шмаков А.П., Зуев Н.Н.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",

г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Юношеская варусная деформация или юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости (ЮЭГБК) - приобретенное дегенеративно-дистрофическое заболевание проксимального отдела бедренной кости. Характеризуется длительным течением, выраженными нарушениями походки и болевым синдромом и считается одним из наиболее тяжелых в ортопедии [1]. Уже в подростковом возрасте у 13% этих больных отмечается коксартроз [2].

Основными задачами в процессе лечения ЮЭГБК являются сохранение или восстановление центрации эпифиза головки бедра в вертлужной впадине, закрытие дистрофической зоны роста, профилактика аваскулярного некроза головки бедра и ее хондролита.

Цель. Оценить преимущества и изучить отдаленные результаты лечения юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости методом закрытой ручной репозиции эпифиза головки бедра с фиксацией эпифиза спицами или аллоштифтом.

Материал и методы. В клинике детской хирургии с 2003 по 2009г. на лечении находились 13 детей в возрасте от 10 до 15 лет. Подавляющему числу пациентов было 13 - 14 лет, что составило 70%. Лечились 12 мальчиков и 1 девочка. У 3 детей процесс был левосторонним, справа у 10. К моменту госпитализации в специализированный стационар срок от начала заболевания составлял от 2 недель до 13 месяцев. Необходимо отметить, что у 5 из 13 детей педиатром либо ортопедом (хирургом) поликлиники проводилось консервативное лечение в течение

недели - 3-х месяцев, которое заключалось в применении физиотерапии и массажа.

По течению острый эпифизеолиз был у одного ребенка, хронический у 12. Жалобы на боль в области тазобедренного сустава на стороне поражения отмечены у 8 (61,5%), в бедре у 4 (30,7%), в бедре и коленном суставе у 1 ребенка. Всех детей беспокоила хромота.

При объективном осмотре болезненность при пальпации в области пораженного сустава отмечена у 5 (38,5%). Укорочение конечности на 2 и 1 см. выявлено у 2 подростков. Болезненная осевая нагрузка определялась у 11 (84,6%) пациентов. У всех больных выявлено ограничение движения в тазобедренном суставе. Рентгенологически смещение эпифиза кзади выявлено: первой степени - 7 (53,8%), второй степени - 3 (23,1%), третьей степени - 3 (23,1%) пациента.

Все 13 детей оперированы, при смещении эпифиза 2-3 степени (6 детей) производилась закрытая ручная репозиция эпифиза головки бедра. После рентгенологического подтверждения уменьшения смещения эпифиза до 1 степени производилась фиксация эпифиза пучком спиц - 8 детей, либо выполнялся эпифизеодез аллоштифтом - 5 подростков. После операции на конечность накладывали деротационный гипсовый сапог до верхней трети голени. С 3 дня назначали ЛФК для коленного сустава. Через 1 месяц снимали гипс, больные начинали ходить с помощью костылей без нагрузки на больную ногу и направлялись на амбулаторное лечение. Через 8-12 месяцев после рентгенологического подтверждения синостозирования эпифиза головки бедра разрешали дозированную нагрузку на ногу.

Результаты и обсуждение. Применение данной методики оперативного лечения ЮЭГБК позволяет достигнуть репозиции эпифиза головки бедра до положения 1 степени смещения и полное синостозирование у всех оперированных подростков. Время наблюдения составило 1-3 года. Результаты лечения у всех больных хорошие. Отсутствуют жалобы, правильная установка конечности, нормальная походка, сгибание в тазобедренном суставе свыше 90°.

Выводы.

1. Интраоперационная закрытая репозиция эпифиза головки бедра с его фиксацией может применяться при любой степени смещения эпифиза и дает хорошие результаты.
2. Сокращает время пребывания больного в стационаре и позволяет проводить раннюю нагрузку конечности.

Литература:

1. *Заболевания тазобедренного сустава у детей. Диагностика и хирургическое лечение / И. Ф. Ахтямов [и др.]. - Казань: Центр оператив. печати, 2008. - 456 с.*
2. *Опыт лечение юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости / Майоров [и др.] // Вестн. травматологии и ортопедии им. Приорова. - 2007. - № 4. - С. 24-29.*

ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

*Садыков Ф.Г., Сабиров Т.Т., Гаделътин Э.С., Сагитов Р.Б., Феоктистов В.П., Багдасаров Ю.В., Калимуллин И.М., Файзуллин Р.Р., Ишмухаметов Г.Ш.1
Больница скорой медицинской помощи,
г. Уфа, Российская Федерация,
УО "Башкирский государственный медицинский университет",
г. Уфа, Российская Федерация*

Актуальность. В нашей клинике мы придерживаемся принятого лечебно-диагностического алгоритма для лечения гнойных плевральных осложнений при деструктивных пневмониях, включающего последовательность выполнения и интерпретации необходимых экстренных клинико-лабораторных и инструментальных исследований, позволяющих выбрать рациональную тактику лечения. Решающую роль при этом играла лечебно-диагностическая торакоскопия.

Нами проведен анализ результатов лечения 22 больных в возрасте от 1,5 лет до 16 лет, проходивших лечение в отделении детской хирургии БСМП г. Уфы с 2000 по 2004 г.г. Соотношение девочек и мальчиков составляло 53,8% и 46,2%. Все больные поступили в поздние сроки заболевания. У 55% больных при направлении в стационар был выставлен неправильный диагноз. Среди больных с эмпиемой плевры у 7,7% был тотальный плеврит с III степенью коллапса легкого, у 48% - распространенный плеврит со II степенью коллапса легкого, у 40,4% - распространенный плеврит с I степенью коллапса легкого, у 3,8% выявлена деструкция легких с бронхоплевральным свищем и III степенью коллапса легкого. При поступлении всем больным выполнялись R-графия ОГК в двух проекциях, УЗИ ОГК, общеклинические методы исследования.

Все больные дети с эмпиемой плевры были оперированы методом лечебно-диагностической торакоскопии, при которой определяли распространенность гнойного осложнения, степень коллапса легкого. Во всех случаях эмпиемы плевры, за исключением одного спонтанного разрыва легкого с противоположной стороны от пораженной части, где была выполнена миниторакотомия после диагностической торакоскопии, операции заключались в санации плевральной полости с удалением гноя, экссудата и слепков фибрина, ирригации растворами антисептиков. Производилось активное дренирование плевральной полости. При необходимости проведения лаважа плевральной полости устанавливался дополнительный дренаж во 2 межреберье по среднеключичной линии. В случаях тотальной эмпиемы плевры проводилось контрольная лечебно-диагностическая торакоскопия (от двух до трех раз). Дальнейшее ведение больных детей заключалось в активной аспирации содержимого плевральной полости с промыванием ее через плевральные дренажи. Средняя продолжительность лечения больных в стационаре при торакоскопическом способе лечения эмпиемы плевры составила 22,6 койко-дней.

Таким образом, данный способ оперативного лечения позволил оптимизировать тактику и улучшить результаты лечения эмпиемы плевры.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

Хмеленко А.В., Ковальчук В.И.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Крипторхизм - аномалия эмбрионального развития, при которой к моменту рождения плода одно или оба яичка не опускаются из забрюшинного пространства в мошонку [1]. Крипторхизм - одна из основных причин мужского бесплодия. Врожденная дисплазия и воздействие повышенной температуры повышают риск малигнизации неопущенного яичка в 50 и более раз. Дегенеративные изменения отчетливо прослеживаются уже с 2-3-летнего возраста, в связи с чем оперативное лечение рекомендуется выполнять именно в этот период [2]. Заболевание требует более глубокого изучения, разработки вариантов не только оперативного, но и поиск способов улучшения дальнейших результатов с помощью консервативного лечения.

Цель. Исследовать и провести анализ оперативного лечения детей с крипторхизмом, объективно оценить сроки выявления патологии, выявить осложнения оперативного вмешательства непосредственно после операции и в отдаленном периоде.

Материал и методы. Изучены истории болезни 382 мальчиков, находившихся на лечении в отделении плановой хирургии и урологии УЗ "Гродненская областная детская клиническая больница" за 2005 - 2009 год с различными формами неопущения яичек.

Результаты и обсуждение. За 2005 год в хирургическом отделении УЗ "ГОДКБ" проведено оперативное лечение 67 мальчикам с крипторхизмом, в 2006 году - 76, в 2007 году - 62, в 2008 - 89, в 2009 - 88.

Из всех 382 пациентов 124 из г. Гродно, 258 из Гродненской области у 256 мальчиков патология выявлена с рождения, что составило 68%, у других 126 (32%) в более поздние сроки, преимущественно во время профилактических осмотров. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 8,7 дней.

Распределение патологии по нозологическим формам выглядит следующим образом: правосторонний крипторхизм - 181, левосторонний - 129, двусторонний - 36, эктопия яичка - 13. по поводу. У 325 мальчиков с крипторхизмом, что составило 80,1% случаев, сохранен нормальный размер яичек, однако у 76 из них (19,9%) наблюдались осложнения (гипо- и аплазии яичка - 68 пациентов, атрофия и рецидив крипторхизма - 32). Средний возраст оперированных нами пациентов составил: 2005г. - 5,76 лет, 2006 - 6,33 года, 2007 - 6,64 года, 2008 - 5,71, 2009 - 5,29. Несмотря на то, что у большинства детей (256) патология выявлена сразу после рождения, только у 104 из них оперативное вмешательство выполнено в оптимальные сроки (до 2-3 лет).

За рассмотренный период оперативное лечение преимущественно осуществлялось путем низведения яичка в мошонку с фиксацией по Петривальскому - Шумахеру (228 пациентов), в 107 случаях использована методика Микстера, у 25 мальчиков выполнено

низведение яичка с фиксацией "на шарике". В 40 случаях в связи с выраженными дегенеративными изменениями в яичке последнее было удалено. У 10 пациентов с брюшной формой крипторхизма потребовалось выполнение второго этапа операции. В последние годы предпочтение отдается методу Петривальского - Шумахера, как менее травматичному.

Выводы.

1. Основным методом лечения крипторхизма в настоящее время является методика Петривальского - Шумахера.

2. Оперативное лечение неопущения яичек необходимо выполнять в более раннем возрасте (до 2-3 лет), что требует своевременного выявления и оперативного лечения данной патологии.

3. Остается высоким уровень осложнений неопущения яичек (гипоплазия, аплазия) - 17,8%.

Литература:

1. Исаков, Ю. Ф. Хирургические болезни у детей: учебное пособие / Ю. Ф. Исаков, Э. А. Степанов, В. А. Михельсон. - М.: Медицина, 1998.

2. Ерохин, А. П. Крипторхизм / А. П. Ерохин. - 1995. - 400 с.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Худайбергенов Ш.Н., Исмаилов Д.А., Алимов М.М.,
Турсунов Н.Т., Аманов Б.Б.,
РСЦХ им.академика В. Вахидова,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Эхинококкоз представляет серьезную медицинскую и социальную проблему в связи с неуклонным ростом заболеваемости в эндемических районах. Частота тяжелых и осложненных форм эхинококкоза в детском возрасте, сложность хирургического лечения множественных и сочетанных форм, высокая частота послеоперационных осложнений (6,7-47,5%), высокий показатель (5-12%) рецидивов, высокая послеоперационная летальность (17-23%), является основанием для поиска рациональных методов комплексного лечения этой патологии у детей. Непрерывно увеличивающееся количество детей с эхинококкозом легких (ЭЛ), нередко запоздалая диагностика уже на фоне развившихся осложнений обуславливают актуальность проблемы и необходимость совершенствования диагностики. Если исследования последних 20 лет отмечали преобладание одиночного поражения, то последние 5 лет количество сочетанных и множественных форм возросло.

Высокоинформативным методом диагностики является мультислайсная компьютерная томография (МСКТ). Она позволяет уточнить взаимоотношение эхинококковой кисты (ЭК) с сосудами и бронхами, их количества, связь с другими прилегающими органами. По данным МСКТ оценивают жизнеспособность ЭК, наличие осложнений, состояние фиброзной капсулы.

Трехмерная реконструкция изображения позволяет моделировать ход предполагаемого хирургического вмешательства и избежать возможных интраоперационных осложнений. Икрамов А.И. (2003) провел анализ лучевых методов обследования (Р-графия, КТ, МСКТ), при этом рентгенологические исследования, как отмечает автор, являются определяющими методами диагностики при ЭЛ, при пристеночной локализации кисты и осложненных формах целесообразно применение ультразвуковой эхографии, а в сомнительных случаях возможно проведение тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем КТ.

Применение фибробронхоскопии на дооперационном этапе диагностики ЭЛ осложненной прорывом в бронх позволяет снизить частоту диагностических ошибок и скорректировать тактику оперативного вмешательства, а также является обязательным методом дифференциальной диагностики у больных с центральными объемными образованиями легких. С 1975 по 2009г в отделении хирургии легких и средостения РСЦХ им.акад. В. Вахидова проведено лечение 569 пациентов детского и подросткового возраста, при этом мальчиков было 391(68,7%) и девочек 178(31,3%). За 2009г в отделении хирургии легких и средостения РСЦХ им.акад. В. Вахидова находились под наблюдением 78 больных с различными формами эхинококкоза легких. Из них дети и подростки 9 человек: девочек 4, мальчиков 5, дети до 12 лет 4, подростков 5.

Из 9 пациентов сочетанные формы эхинококкоза диагностированы в 2 случаях, рецидив заболевания отмечен у 1 больного (пациент был оперирован в другом лечебном учреждении), у 4 диагностированы осложненные формы эхинококкоза: в 2-х случаях осложненный прорывом в бронх, нагноением, а у 2 пациентов нагноившаяся эхинококкоза без прорыва. Односторонние солитарные кисты были диагностированы в 7 случаях. В основном у всех больных произведены операции органосохраняющего характера. Интраоперационный бронхоскопический мониторинг проведен всем пациентам, так как является эффективным методом диагностики и своевременной коррекции различных патологических состояний трахеобронхиального дерева, что позволяет рассматривать его как обязательный компонент интраоперационной "защиты" ТБД на этапах хирургического вмешательства у детей и подростков.

В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась антибактериальная, противовоспалительная, обезболивающая терапия, по показаниям санация ТБД. Во всех случаях пациентам в послеоперационном периоде с целью профилактики назначена химиотерапия зентелом (альбендазолом) из расчета 10 мг/кг веса. Рецидивов заболевания на настоящий момент не выявлено. Таким образом, увеличение количества множественных и сочетанных поражений, осложненных форм ЭЛ, высокая частота рецидивов, послеоперационных осложнений и летальности предполагают поиск более эффективных методов профилактики и ранней диагностики ЭЛ у детей и подростков.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА

Шейбак В.М.

УО "Гродненский государственный медицинский университет",

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Среди заболеваний пищевода у детей химические ожоги пищевода занимают первое место. В ряде случаев наблюдается тяжелое течение химической травмы. Это связано с тем, что в последние годы появились новые химические вещества, применяемые в быту. Летальность при данной патологии значительно снизилась благодаря современным методам детоксикации. Однако сохраняется инвалидизация пациентов благодаря развитию рубцовых стенозов пищевода.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 49 пациентов, находившихся в клинике детской хирургии Гродненского медицинского университета с 1998 по 2009 годы. Среди пострадавших было 33 мальчика, 16 девочек, из города 32, из села 17 по возрасту дети распределились следующим образом: до 3-х лет 33, от 3 до 6 лет - 9, старше 6 лет - 7.

Результаты и обсуждение. Среди причин, вызвавших химический ожог пищевода были: перманганат калия - 7, средства бытовой химии (растворитель, жидкость для промывания труб "Крот", дезинфицирующее средство "Ника", ацетон, олифа, щелочи) - 20, уксусная кислота - 6, силикатный клей - 2, медицинские препараты (перекись водорода, борная кислота, нашатырный спирт, иод), - 8, другие вещества - 6.

В соответствии с тяжестью клинического течения заболевания и местным поражением пищеварительного тракта больные были разделены на три группы: в первую группу (ожог 1 степени) включили 33 детей с легким течением заболевания, у которых не наблюдались существенных нарушений функции внутренних органов, местные изменения в пищеводе характеризовались отеком и гиперемией слизистой. Фиброэзофагогастродуоденоскопия таким пациентам проводилась на 1-2 сутки после ожога и на 7-8. Явления дисфагии сохранялись в течение 1-3 дней. Средний койкодень составил 6,8. Ожоги 2 степени обнаружены у 6 детей. Они характеризовались более тяжелым общим состоянием ребенка, интоксикацией, выраженной дисфагией, выраженной гиперемией и очаговым некрозом слизистой пищевода. Средний койкодень составил 17, после проведения контрольной эзофагоскопии на 14 - 15 сутки и отсутствия налетов фибрина в пищеводе дети выписывались домой.

С третьей степенью ожога пролечено 10 больных, для них была характерна более выраженная интоксикация, длительная дисфагия. Средний койкодень составил 63. Диагноз был верифицирован после проведения ФЭГДС на 14 - 15 сутки после получения ожога.

Химический ожог пищевода у 22 пациентов сопровождался клиническими и лабораторными проявлениями отравления, у 24 больных отмечались изменения слизистой желудка (гиперемия, эрозии), у одного ребенка

имелся химический ожог слизистой 12 - перстной кишки. Лечение детей с химическими ожогами пищевода проводилось комплексное. Помимо проведения инфузионной терапии, антибактериальной, перорально пациенты получали смесь Жукова (26), масло облепихи (21), антацидные препараты (20), масло шиповника (4). Профилактическое бужирование проведено 11 пациентам с учетом эндоскопической картины (единичные очаговые наложения фибрина не являлись показанием к бужированию). Процедура осуществлялась эндоскопически у большинства пациентов или методом слепого бужирования. Осложнения бужирования (перфорация) случились у 2-х детей, им выполнена торакотомия, дренирование средостения, наложение гастростомы. У 8 детей сформировались рубцовые сужения пищевода.

Выводы. Пациенты с химическими ожогами пищевода и отравлениями требуют индивидуального подхода в лечении, в частности показаний к бужированию. Метод эндоскопического бужирования не имеет преимуществ перед слепым бужированием, которое необходимо проводить осторожно во избежание перфорации.

Литература:

1. Тактика лечения детей с химическими ожогами пищевода / А. Ю. Разумовский [и др.] // *Проблемы детской хирургии нового века: материалы междунар. науч.-практ. конф.* - Гродно, 2001. - С. 32-34.

2. Бык, К. С. Химические ожоги пищевода у детей / К. С. Бык, В. М. Шейбак // *Острая и хрон. патология желудочно-кишечного тракта у детей: сборник науч. тр.* - Гродно, 1986. - С. 96-99.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Шейбак В.М., Ковальчук В.И., Мацкевич Б.И.
Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Опухолевидные образования встречаются в самом раннем возрасте. У новорожденных чаще наблюдаются доброкачественные опухоли, преимущественно гемангиомы, встречаются лимфангиомы, фибромы и различные кистозные образования. Не исключены в периоде новорожденности и злокачественные опухоли. По данным ВОЗ, злокачественные опухоли встречаются приблизительно в 0,25% всех вскрытий плодов и новорожденных. Наиболее часто среди злокачественных новообразований в этом возрасте встречаются опухоль Вильмса (нефробластома), нейробластома, ретинобластома. Особое место занимает тератома крестцово-копчиковой области, которая считается пороком развития, но в некоторых случаях встречаются незрелые опухоли, отличающиеся злокачественным ростом. Среди опухолей брюшной полости, и по данным ВОИЦ АМН, у детей преобладают опухоли кишечника и брыжейки (60,3%), яичников (18,5%), печени (18%), опухоли желудка встречаются в 3,2 % наблюдений. Накопленный кли-

нический опыт показывает, что радикальное удаление злокачественной опухоли у новорожденных чаще приводит к стойкому излечению, чем у взрослых.

Цель. Анализ тактики лечения новорожденных с объемными образованиями брюшной полости.

Материал и методы. С 1997 по 2009 гг. в клинике детской хирургии Гродненского медицинского университета оперированы 19 новорожденных с опухолями брюшной полости (девочки - 18 и мальчики - 1). При обследовании пациентов применялись общеклинические методы, УЗИ, МРТ.

Результаты и обсуждение. Более чем у половины детей опухолевидное образование выявлено антенатально, при последнем обследовании беременной женщины. Клиника у детей была различная: от полного отсутствия патологических симптомов до признаков катастрофы в брюшной полости - беспокойство, вздутие живота, рвота. При объективном обследовании у восьми детей пальпировалось опухолевидное образование в брюшной полости. Большую роль в постановке диагноза сыграло ультразвуковое исследование, которое подтвердило наличие опухоли в брюшной полости. А также по показаниям (сомнения в диагнозе) МРТ. В общих анализах крови и мочи патологических изменений не обнаружено. Во время операции установлено у 16 девочек наличие кисты яичника, осложненные в 6 случаях перекрутом придатков матки, в одном случае обнаружен разрыв кисты с кровотечением в брюшную полость. Кроме патологии придатков матки, у трех пациентов обнаружены: киста холедоха, лейомиома влагалища, энтерокистома. Девочкам с кистами яичника произведено удаление кисты, в тех случаях, когда имелся некроз трубы и яичника - удаление измененных органов. При кисте холедоха выполнена дуоденоцистостомия. У больной с лейомиомой влагалища выполнена биопсия опухоли, энтерокистома удалена без резекции кишки. Все дети выжили. Гистологически подтверждено, что у всех детей имелись доброкачественные опухоли.

Выводы. Таким образом, своевременное радикальное удаление обеспечивает полное выздоровление. Выжидательная тактика неоправданна, т.к. может привести к осложнениям. Не следует забывать, что у детей могут быть и злокачественные новообразования. Все дети, оперированные по поводу данной патологии, должны быть под диспансерным наблюдением детского гинеколога или детского хирурга.

Литература:

1. Селезнева Н. Д. Доброкачественные опухоли яичников / Н. Д. Селезнева, Б. И. Железнов. - М.: Медицина, 1982. - 288 с.

АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ФЛЕГМОНОЗНЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Шейбак В.М.

УО "Гродненский государственный медицинский университет",

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Около 1 миллиона аппендэктомий ежегодно выполняется в СНГ с превосходными результатами - летальность составляет 0,01 - 0,2%. Однако ведение больных в послеоперационном периоде является достаточно разнообразным, особенно, что касается назначения антибактериальной терапии.

Цель. Изучение динамики показателей интоксикации, средних сроков госпитализации в группах с приемом антибиотиков и без, а также анализ микрофлоры культуры червеобразного отростка и ее чувствительность к антибиотикам.

Материал и методы. Нами проведен анализ 78 историй болезни пациентов (из них 53 мальчиков и 25 девочек от 3 до 15 лет, средний возраст составил 11,2 года), оперированных по поводу острого флегмонозного аппендицита, который был подтвержден гистологически. У 23 больных проведено микробиологическое исследование выпота брюшной полости и содержимого культуры с определением антибиотикочувствительности. Все пациенты были подразделены на две группы: в I группе (67 детей) в послеоперационном периоде назначались антибиотики, а во II группе (11 детей) - нет. I группа была разбита на три подгруппы: Ia - 33 детям назначался только гентамицин; Ib - 21 детям дополнительно к гентамицину назначались цефалоспорины (цефазолин, цефтазидим, цефоксим); Iv - у 13 детей в сочетании с гентамицином применялись амоксицилин, ампиокс и др.

В каждой группе были рассчитаны: лейкоцитарный индекс интоксикации по Я.Я.Кальф - Калифу (ЛИИ1 и ЛИИ2) и гематологический показатель интоксикации по В.С.Васильеву и В.И.Комару (ГПИ1 и ГПИ2), где 1 - показатель при поступлении и 2 - при выписке, средний койко/день. Учитывалось время, прошедшее от начала заболевания до хирургического вмешательства (t в часах), день нормализации температуры (Т).

Результаты и обсуждение. В группе, где применялся антибиотик, день нормализации температуры и средний койко/день, фактически равны показателям группы без антибиотикотерапии. Достоверно различались лейкоцитарные и гематологические индексы интоксикации, при чем в обеих группах они уменьшались к выписке.

Анализ данных микробиологического исследования выпота показал, что в 6 случаях из 11 нет роста аэробной или факультативной микрофлоры, в 2 случаях получен рост грамотрицательных палочек семейства Enterobacteriaceae, в 1 случае рост *St.warneri*, в 1 случае рост грамположительных кокков. Из культуры получен рост грамотрицательных палочек семейства Enterobacteriaceae (10 из 14), грамположительные кокки *St.aureus*, грамотрицательные неферментирующие палочки. При оценке антибиотикочувствительности была выявлена устойчивость к

антибиотикам следующих групп: полусинтетические пенициллины (ампицилин, оксацилин) - 60%, цефалоспорины (цефалотин, цефатаксим, цефазолин, цефуроксим, цефтазидим) - 22,2%, аминогликозиды (гентамицин) - 46,7%, фторхинолоны (левофлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин) - 16,7%, карбопенемы (имипинем) - 15,4%.

При анализе полученных данных выявлено, что показатели интоксикации уменьшались к выписке как в I, так и II группах, показатели ЛИИ, ГПИ в Ia, Ib, Iv подгруппах достоверно снижались к выписке, в 54,5% исследований из выпота брюшной полости роста аэробной и факультативной микрофлоры не было.

Выводы. Исходя из того, что устойчивость к полусинтетическим пенициллинам наблюдается в 60%, а к аминогликозидам в 50%, то назначение их в послеоперационном периоде нецелесообразно, необходимость назначения в послеоперационном периоде антибиотика должна базироваться на объективной оценке клинических данных, операционной находке и лабораторных данных, так как в большинстве случаев из культуры был получен рост грамотрицательных палочек семейства Enterobacteriaceae, то в качестве начальной эмпирической терапии мы предлагаем использовать цефалоспорины, фторхинолоны или карбопенемы, для которых сохранена высокая чувствительность.

Литература:

1. *Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний.* - Минск, 2006. - Т. 3. - 568 с.
2. *Сивец, Н. Ф. Послеоперационная раневая инфекция / Н. Ф. Сивец // Здоровоохранение. - 2004. - № 1. - С. 9-13.*
3. *Ротков, И. Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците / И. Л. Ротков. - М: Медицина, 1988. - 79 с.*

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НАГРУЗОЧНАЯ ПРОБА В ДИАГНОСТИКЕ ОБСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Шмаков А. П., Андилевко В. М., Зуев Н. И.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
УЗ "Витебская детская областная клиническая больница",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Метод ультразвуковой диагностики в настоящее время занимает ведущее место в детской урологии. Это связано с его информативностью, скоростью получения информации, экономичностью и безопасностью для пациента. Рутинное сканирование почек и мочевыводящих путей по-прежнему остаётся основным методом первичной диагностики их патологии. Развитие ультразвуковых технологий позволило использовать их не только для исследования структуры, но и функции. Фармакоэхография является наилучшим примером методов функциональной диагностики

болезней органов мочевого выделения, позволяет изучить размеры и площади сканов почек, чашечно-лоханочной системы во временном аспекте, оценить уродинамику.

Цель. Определить место функциональной нагрузочной пробы в клинической диагностике обструктивных заболеваний мочевыводящей системы.

Материал и методы. Обследован 21 ребёнок с гидронефрозом в возрасте от 6 месяцев до 4-х лет, лечившийся в хирургическом отделении.

Обследование выполнялось по методике, разработанной М.В. Эрманом и О.И. Марцулевич в модификации.

Измерялись рост и масса тела ребёнка. Опорожнялся мочевой пузырь. Производилось сканирование почек для установления их положения, формы, размеров, эхоструктуры паренхимы, состояния собирательной системы, а также нефрометрических показателей: линейные размеры и объём почек, чашечно-лоханочной системы, площадь их сканов. Оценивалось их соответствие возрастным нормам. Нефрометрические показатели определялись по продольным сканам со стороны спины.

Внутривенно вводился фуросемид из расчёта 1 мг/кг массы тела. Повторно измерялись вышеназванные нефрометрические показатели и оценивалось состояние собирательных систем через 20, 40, 60, 90, 120, 150 и 180 минут.

Исследование выполнялось:

- при пиелэктазии с нормальным размером чашечек, выявленной рутинным ультразвуковым исследованием;
- при гидронефрозе 2-й степени для определения уровня уростаза;
- при гидронефрозе 2 степени для дифференциальной диагностики механической и динамической обструкции мочевыводящих путей.

Результаты и обсуждение. Выделены два типа ответа:

- нормальный динамический тип ответа - расширение ЧЛС проходит за период до 40 минут после введения фуросемида.
- обструктивный механический тип ответа - расширение ЧЛС сохраняется спустя 40 и более минут после введения фуросемида.

Из 21 обследованного у 13 (62%) диагностирован обструктивный механический тип ответа, что потребовало выполнения пластической операции. У семи из них выявлен гидронефроз 2-й степени на почве нейро-мышечной дисплазии лоханочно-мочеточникового соустья, у четырёх - гидронефроз 2-й степени из-за сосудистых аномалий, у одного - уретерогидронефроз 2-й степени из-за стеноза пузырно-мочеточникового соустья, у одного - гидронефроз 2-й степени вследствие высокого отхождения мочеточника.

Фармакоэхография почек в вышеописанных случаях позволила провести дифференциальный диагноз обструктивного механического и динамического расширения собирательной системы, определить уровень уростаза, а в сочетании с ЦДК - причину обструкции при сосудистых аномалиях.

Выводы.

УЗИ с функциональной нагрузочной пробой фуросемидом является диагностически ценным исследованием, дополняющим рутинное ультразвуковое сканирование и экскреторную урографию. Высокая информативность метода требует расширения показаний к его применению

у больных с гидронефрозом.

Литература.

1. Эрман, М. В. Ультразвуковое исследование мочевой системы у детей / М. В. Эрман, О. И. Марцулевич. - СПб.: Изд-во "Питер", 2000.

2. Дворяковский, И. В. Ультразвуковая диагностика в неонатологии и педиатрии. Дифференциально-диагностические критерии / И. В. Дворяковский. - М.: "Аир-Арт", 2000.

АТЕРОГЕНЕЗ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шмаков А.П., Литвяков М.А., Литвяков А.М.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной ограничения продолжительности жизни в экономически благополучных странах.

При наличии предрасполагающих условий атерогенные изменения сосудистого русла возникают уже в самый ранний, неонатальный период жизни человека. У новорожденных на аутопсии могут выявляться стенозы коронарных артерий, морфологически и топографически идентичные атеросклеротическим поражениям у взрослых больных с ИБС.

Цель. Изучить влияние острого воспалительного процесса на состояние артериальной сосудистой стенки в детской хирургической клинике.

Материал и методы. Результаты ультразвукового исследования артериальных сосудов (толщина интимы-медиа (ТИМ)), биохимических показателей липидного обмена крови и активности воспалительного процесса.

Результаты и обсуждение. Проатерогенный процесс протекает латентно. Практически у всех детей старше 3-х лет появляются депозиты липидов в интима артерий в виде жирных полос, количество и величина которых нарастает к восьми годам жизни.

В юношеском возрасте в коронарных артериях уже встречаются типичные для ИБС атеросклеротические бляшки. Ранние атероматозные изменения в них тесно связаны с семейной предрасположенностью к сосудистой патологии. Дети родителей, страдающих ИБС, имеют увеличение ТИМ сонных артерий не зависимо от изменений липидного обмена, то же выявляется у тучных детей. Атерогенное ремоделирование сосудистой стенки ассоциируется с повышенным артериальным давлением, содержанием триглицеридов (ТГ), инсулина, сниженным уровнем липопротеидов высокой плотности (ЛВП), увеличением индекса инсулинрезистентности. Нормализация массы тела сопровождается уменьшением ТИМ, триглицеридов, увеличением холестерина ЛВП, что указывает на обратимость этих процессов.

Как и у взрослой популяции, табакокурение у детей ведет к нарушению функции эндотелия, снижению эластичности артериальной стенки. Было установлено, что в детском возрасте различные инфекционные заболевания

могут инициировать ранний коронарный атеросклероз. Воспаление подавляет эндотелий-зависимую артериальную вазодилатацию, что относится к наиболее ранним функциональным признакам атеросклероза.

Независимо от типа возбудителя, острые легочные, кишечные, мочеполовые инфекции у детей сопровождаются типичными для прогрессирующего атеросклероза нарушениями - подъемом уровня антител к окисленным липопротеидам низкой плотности (ЛНП (oxLDL)), снижением уровня ЛВП, увеличением ТИМ сонных артерий. Эффективное применение антибиотиков тормозит эти процессы. Однако они сохраняются не менее 3 месяцев после угасания болезни.

Хронические, клинически латентные инфекции так же способны формировать у детей устойчивый проатероматозный статус с риском раннего формирования ИБС и неблагоприятным прогнозом во взрослом периоде жизни.

Выводы.

В литературе отсутствуют сведения о влиянии воспалительного процесса на состояние артериальной сосудистой стенки у детей с хирургической патологией;

Доступными и эффективными методами диагностики ранних проатерогенных васкулопатий являются измерение толщины интимамедиа сонных артерий и определение потокзависимой постшишемической вазодилатации плечевой артерии ультразвуковым методом.

Литература:

1. Kochanek, K. D. Deaths: preliminary data for 2002 / K. D. Kochanek, B. L. Smith // *Natl. Vital Stat Rep.* - 2004. - Vol. 52. - P. 1-47.
2. *Noninvasive Assessment of Subclinical Atherosclerosis in Children and Adolescents Recommendations for Standard Assessment for Clinical Research* / E. Urbina [et al.] // *Hypertension journal.* - American Heart Association, 2009. - 64 p.
3. *Intima-Media Thickness in Obese Children Before and After Weight Loss* / R. Wunsch [et al.] // *Pediatrics.* - 2006. - Vol. 118. - N 6. - P. 2334-2340.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ АНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Шмаков А.П., Жебентяев А.А., Зуев Н.И.,
Зуев Н.Н., Питкевич А.Э.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Центром сложившейся в Советском Союзе системы охраны репродуктивного здоровья была мать. Однако, в 50% случаев бесплодных браков виноваты мужчины, у 58% из них предпосылки чего имеются уже в детском возрасте. В свете развития принципов демографической безопасности здоровье матери и отца является основополагающим. В то же время в Республике Беларусь отсутствует организационно-методическая база для оказания андрологической помощи детям.

Цель. Изучить причины, влияющие на репродуктивное здоровье мальчиков и подростков. Наметить

основные пути развития андрологической службы в РБ.

Материал и методы. Исследование основано на анализе данных лечебных учреждений, оказывающих хирургическую помощь детям. Неблагоприятно влияют на детородную функцию мужчин экзогенные (физические, химические и биологические) и эндогенные (врожденные пороки развития и наследственные болезни, эндокринная патология, воспалительные заболевания) факторы.

Повышенный риск связан с хирургическими операциями на половых органах, мочевыводящих путях, из-за возможных механических повреждений, нарушения трофики, возникновения аутоиммунных процессов, инфекционных осложнений. В этой группе в основном представлена патология влагалищного отростка брюшины: паховые грыжи 38-45%, водянка оболочек яичка и семенного канатика 12-21%, варикоцеле 22-35%, крипторхизм 10-15%. Не менее значимыми являются воспалительные процессы нижних и верхних мочевыводящих путей (10 - 17%). Несомненно влияние эндокринной патологии (около 5%).

Результаты и обсуждение. Ультразвуковое исследование кровотока, структуры, калибровка яичек выявило гипоплазию, уплотнение и обеднение кровотока у 77,4% больных с патологией влагалищного отростка брюшины: паховая грыжа - 6,6%, водянка оболочек яичка и семенного канатика - 1,3%, крипторхизм - 82,4%, варикоцеле - 21,5%. Вторичная гипоплазия тестикул при ней составила около 18%. Двухсторонняя операция типа "длинной петли" при варикоцеле приводит к резкому снижению концентрации сперматозоидов вплоть до аспермии, а односторонняя - в 20% случаев. Эти дети группы повышенного риска нарушения репродуктивной функции требуют детального предоперационного и послеоперационного обследования, длительной диспансеризации и реабилитационного лечения у детского андролога.

Таким образом, требованием времени является подготовка специалистов андрологов из числа детских урологов и оснащение детских урологических кабинетов оборудованием, для специальных лечебно-диагностических манипуляций.

Выводы.

1. В целях полноценной реализации программы демографической безопасности РБ назрела необходимость организации детской андрологической службы, совмещенной с урологической: подготовка кадров и создание соответствующей материально-технической базы.

2. Оперативная коррекция пороков репродуктивной зоны должна выполняться строго по возрастным показаниям в детских хирургических отделениях с применением адекватных современных хирургических технологий.

3. Обследование и лечение мальчиков, страдающих соматической патологией, оказывающей негативное влияние на репродуктивную функцию, должно осуществляться по принципам соблюдения преемственности всеми заинтересованными специалистами с обязательным привлечением детского андролога.

4. Необходимо сформировать общепринятую методологию оценки репродуктивного здоровья мальчиков посредством разработки методических рекомендаций, требующих обязательного исполнения

всеми звеньями, осуществляющими профилактическое обследование, лечение, последующую диспансеризацию и реабилитацию.

Литература:

1. *Современные технологии в педиатрии и детской*

хирургии: материалы 7 Рос. Конгр., Москва, 2008 / Рос. ассоц. педиатр. Центров. - Изд-во: "ОБЕРЛЕЙ", 2008. - 504 с.

2. *Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: материалы 8 Рос. Конгр., Москва, 2009 / Рос. ассоц. педиатр. Центров. - Изд-во "ОБЕРЛЕЙ", 2009. - 500 с.*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

ЛАПАРОСТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ И ПЕРФОРИРОВАННОЙ ПОЛИЭТИЛЕНОВОЙ ПЛЕНКИ И ПРОГРАМИРУЕМАЯ ЭТАПНАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Андреев А.Л., Глобин А.В., Чуйко С.Г.
ООО "Международная клиника MEDEM",
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Истинная лапаростомия из-за целого ряда серьезных недостатков применяется лишь в исключительных случаях. Некоторые хирурги, при необходимости проведения программируемой этапной санации брюшной полости, на брюшную стенку накладывают провизорные швы или фиксируют к ней устройство с "молнией", однако эти меры вызывают синдром абдоминальной гипертензии и травмируют брюшную стенку. С января 2010 г. в нашей клинике мы начали применять лапаростомию с использованием полипропиленовой сетки и перфорированной полиэтиленовой пленки.

Цель. Улучшение результатов неотложной хирургии органов брюшной полости.

Материалы и методы. В Международной клинике MEDEM лапаростомия с использованием полипропиленовой сетки и перфорированной полиэтиленовой пленки в сочетании с программируемой этапной санацией брюшной полости была применена у 8 пациентов. Показанием к применению этих методов лечения были разлитой перитонит у 4 пациентов, кишечная непроходимость - у 3, мезентериальный тромбоз - у 1. Кроме того, у всех больных наблюдался синдром абдоминальной гипертензии. Методика состояла в следующем. После выполнения основных этапов хирургического вмешательства, назоэнтерального интубирования и дренирования брюшной полости и малого таза приступали к формированию лапаростомы. Под париетальную брюшину передней брюшной стенки укладывали перфорированную полиэтиленовую пленку, затем непрерывным швом по периметру лапаротомной раны к брюшине и апоневрозу фиксировали полипропиленовую сетку. Размеры сетки и пленки варьировали и зависели от размеров лапаротомной раны, конституции пациента и внутрибрюшного давления. На кожу накладывали редкие провизорные швы. Время проведения программируемых этапных санаций брюшной полости составляло от 24 до 48 часов. Основанием для закрытия лапаростомы служили признаки стихания перитонита, появление перистальтики, отсутствие абдоминальной гипертензии, улучшение микроциркуляторного кровообращения в стенке кишки.

Результаты и обсуждение. Продолжительность лапаростомии составляла от 2 до 8 суток. У 3 пациентов было выполнено по 1 этапной санации брюшной полости, у 4 - по 2, у 1 - четыре. Один пациент умер при явлениях полиорганной недостаточности. Наш опыт показал, что

при необходимости проведения программируемых этапных санаций брюшной полости, выполнение лапаростомии с использованием полипропиленовой сетки и перфорированной полиэтиленовой пленки, по сравнению с провизорными швами брюшной стенки или фиксацией к ней устройства с "молнией", имеет определенные преимущества: не травмируются ткани передней брюшной стенки, нет синдрома абдоминальной гипертензии, не нарушается микроциркуляторное кровообращение в стенке кишки, трансудат свободно вытекает из брюшной полости через лапаростому и нет опасности экзогенного инфицирования.

Выводы. Наш небольшой опыт по применению лапаростомии с использованием полипропиленовой сетки и перфорированной полиэтиленовой пленки показал, что при необходимости проведения программируемых этапных санаций брюшной полости целесообразно применять предлагаемую методику лапаростомии. Однако требуются дальнейшие исследования в этом направлении.

Литература:

1. Савельев, В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В. С. Савельев. - М: Триада-Х, 2004. - 640 с.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Бордаков В.Н., Блахов Н.Ю., Пацай Д.И.,
Чуманевич О.А., Саввич В.В.

Государственное учреждение "432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Трудности неинвазивной диагностики послеоперационного перитонита и рост числа необоснованных релапаротомий, сопровождающихся высокой летальностью, определяют необходимость более широкого применения малоинвазивных вмешательств при данной патологии.

Цель. Улучшение результатов диагностики и лечения послеоперационного перитонита.

Материал и методы. Для диагностики и коррекции ранних послеоперационных внутрибрюшных воспалительных осложнений лапароскопию применяли у 87 больных. В 18 случаях ограниченного скопления жидкости в брюшной полости выполняли их пункцию (дренирование) под контролем УЗИ.

Показаниями к лечебно-диагностической лапароскопии в послеоперационном периоде служили клинико-лабораторные и инструментальные признаки распространенного перитонита у 41 (47,1%) больного, местного

перитонита - у 18 (20,7%), абсцессов брюшной полости - у 28 (32,2%). Обязательными условиями для проведения санационных лапароскопий являлись устраненный источник перитонита и отсутствие нагноения лапаротомной раны. Чрескожные вмешательства (пункции или дренирование) под контролем УЗИ считали показанными при наличии в брюшной полости ограниченного скопления жидкости, не содержащего секвестров, диаметром не более 5 см и четкой визуализации свободной траектории продвижения иглы к данному образованию.

В 53 (60,9%) случаях лапароскопическое вмешательство проводили под тотальной внутривенной анестезией, в 19 (21,9%) - под интубационным наркозом, в 15 (17,2%) - под эпидуральной анестезией. Чрескожные вмешательства под контролем УЗИ выполняли под местной анестезией.

Уровень карбоперитонеума при выполнении лапароскопической санации составлял 11-15 мм рт. ст. После оценки степени распространенности воспалительного процесса в брюшную полость вводили 3-5 л жидкости с обязательным добавлением 0,02%-го водного раствора хлоргексидина. Во время санации разделяли рыхлые спайки, инфильтраты, удаляли пленки фибрина, освобождали дренажи от налета фибрина, устанавливали их в нужном месте, при необходимости - осуществляли замену. В последующем содержимое брюшной полости аспирировали. Подобную процедуру повторяли 2-4 раза до получения "чистого" промывного раствора. В конце операции выполняли блокаду брыжейки тонкой кишки 0,25%-м раствором новокаина в объеме 100-150 мл.

Повторную (программированную) санацию выполняли через 24-36 ч. Критериями завершения этапной санационной лапароскопии считали объективные признаки купирования гнойного воспаления брюшной полости и восстановление моторики тонкой кишки, положительную динамику в состоянии больного.

В свою очередь, эффективность чрескожных вмешательств (уменьшение размеров полости и/или количества отделяемого) оценивали по результатам динамического УЗИ ежедневно в течение 3-х суток.

При микробиологическом исследовании содержимого брюшной полости наличие бактериальной инфекции установлено в 94 (89,5%) случаях, в 11 (10,5%) наблюдениях результаты посева оказались отрицательными. В 30 (28,6%) случаях воспаление брюшины было вызвано смешанной аэробно-анаэробной микрофлорой, в 57 (54,3%) - только аэробами, в 7 (6,6%) - только анаэробами. Спектр возбудителей инфекции у больных с послеоперационным перитонитом был представлен, в основном, Гр "+" (*E. coli* - 61,4%) и Гр "-" (*St. aureus* - 27,3%) бактериями, а также неспорообразующими анаэробами - *Bacteroides sp.* - 60%, реже *Peptococcus* - 33,3%.

Результаты. По данным бактериологического исследования перитонеального экссудата, критериями эффективности этапных санаций брюшной полости и положительными прогностическими признаками следует считать уменьшение микробного числа в динамике, а также смену основного возбудителя в микробной ассоциации, что определяется антагонистическими отношениями микроорганизмов в ассоциации и, в итоге, не позволяет развиваться суперинфекции. Из числа умерших в 82,7% случаев смены основного возбудителя

при проведении санаций брюшной полости не отмечено.

Лапароскопия применялась для санации и дренирование абсцессов брюшной полости в 28 наблюдениях.

У 8 больных с межпетлевыми абсцессами произведено их вскрытие через срединную лапаротомную рану. Вскрытие абсцесса выполнялось на ограниченном участке, соответствующем диаметру трубки отсоса.

У 13 больных проведена лапароскопическая санация абсцесса с подведением в полость дренажной трубки или тампона с водорастворимой мазью.

У 7 больных выполнена лапароскопическая санация абсцесса с подведением в полость дренажной трубки и тампона с водорастворимой мазью через дополнительный разрез. Промывание полости абсцесса проводилось в течение 5-14 суток до получения "чистого" промывного раствора.

Показаниями к удалению дренажа служили нормализация состояния больного, лабораторных показателей, полное отсутствие отделяемого из полости абсцесса. Максимальный срок стояния дренажа составил 16 суток.

В 14 (16,1%) случаях после завершения этапных санационных лапароскопий отмечались различные местные и общие осложнения, при этом нагноение послеоперационной раны имело наибольший удельный вес - у 5 (35,7%) больных.

У одного больного сформировался абсцесс брюшной полости на 7-е сутки после прекращения санационных лапароскопий, что потребовало "открытого" оперативного вмешательства.

У 3 больных с послеоперационным перитонитом лапароскопические санации оказались неэффективными, что послужило показанием к релапаротомии.

Отсутствие положительной динамики при чрескожных вмешательствах под контролем УЗИ в 2 (11,1%) случаях диктовало необходимость применения релапаротомии.

Вывод. Сочетанное применение УЗИ и лапароскопии в комплексе диагностических и лечебных мероприятий у больных с послеоперационным перитонитом позволяет достоверно контролировать течение инфекционного процесса, сократить число необоснованных релапаротомий, а в ряде случаев выполнить окончательную санацию брюшной полости.

РЕЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Барсуков К.Н.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Возникновение абсцессов после оперативных вмешательств представляет собой одну из сложных проблем хирургии, для решения которой во многих случаях показана релапаротомия. Данное послеоперационное осложнение всегда омрачает прогноз операции, несет реальную угрозу здоровью и жизни больного.

Цель. Исследовать частоту и причины развития абс-

цессов брюшной полости после различных интраабдоминальных оперативных вмешательств и оценить возможности релапаротомии в их лечении.

Материал и методы. В основу работы положены данные ретроспективного изучения результатов хирургического лечения 40076 больных, оперированных по поводу плановой и экстренной абдоминальной патологии в 3-ей и 5-ой ГКБ г. Минска, Гомельской и Могилевской областных больницах и районной больнице г. Бобруйска в 2003-2007 гг. Послеоперационные осложнения, потребовавшие релапаротомии, отмечены у 365 (0,9%) больных, у которых выполнено 430 релапаротомии. Для распознавания абсцессов брюшной полости в послеоперационном периоде наряду с клинико-лабораторными методами исследования применяли УЗИ органов брюшной полости, рентгенологические методы исследования, включая в показанных случаях КТ и ЯМРТ.

Результаты и обсуждение. Интраабдоминальные абсцессы, как причина релапаротомии, отмечены у 104 (28,5%) больных и занимают первое место среди других осложнений. Наиболее часто развитие абсцессов брюшной полости в послеоперационном периоде встречалось при остром аппендиците в 29 (27,9%) случаев, при тупой травме живота - 16 (15,4%), остром холецистите - 13 (12,5%), остром панкреатите - 11 (31,4%), острой послеоперационной кишечной непроходимости - 6 (15,4%), язвенной болезни - 13 (17,2%), раке - 2, толстой кишки - 3 (14,3%). В остальных 13 случаях абсцесс брюшной полости приходился на другую абдоминальную патологию. Время диагностики интраабдоминальных абсцессов колебалось от 5 до 54 суток. Локализация абсцессов в брюшной полости была самой разнообразной. Определенное влияние на их расположение играла зона оперативного вмешательства. Так, после аппендэктомии чаще абсцессы располагались в правой подвздошной области, спленэктомии - в левом подреберье, холецистэктомии - правом подреберье и т. д. При гнойном распространенном перитоните, примерно, у 1/3 больных выявлялись множественные межпетельные абсцессы. Из 53 повторных релапаротомий у 17 (32%) причиной ее явился абсцесс, при 3-ей релапаротомии у 5 (45,4%).

Наряду с клинико-лабораторными данными, важную диагностическую роль играло УЗИ органов брюшной полости, которое позволяло выявить локализацию и размеры абсцесса, выбрать адекватный операционный доступ к нему. В трудных случаях выручала компьютерная томография, обладающая высокими диагностическими возможностями.

При лечении абсцессов брюшной полости мы придерживались принципа, сформулированного еще Гиппократом: "ubi pus ibi evasuu, ubi pas ibi incision". Для его реализации выполняли локальные разрезы в проекции абсцесса, при множественных - срединную релапаротомию, позволявшую сделать полноценную ревизию брюшной полости.

Послеоперационная летальность после релапаротомии составила 14%.

Выводы.

1. Абсцессы брюшной полости среди причин релапаротомии составляют 28,5% и чаще всего наблюдаются у больных, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости.

2. Наряду с клинико-лабораторными данными наибольшую ценность для их распознавания имеют УЗИ и КТ органов брюшной полости.

3. Современная диагностика, вскрытие, дренирование и санация полости абсцесса, наряду с интенсивной и адекватной антибиотикотерапией являются, непреложным правилом лечения данной патологии.

МЕСТО И РОЛЬ РЕЛАПАРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИТОНИТА

Барсуков К.Н., Рычагов Г.П.

*УО "Белорусский государственный медицинский университет"
УЗ "3-я ГКБ",*

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Третичный перитонит - относительно новый термин, который лишь в последнее время вошел в лексику хирургов. Чаще всего он наблюдается в послеоперационном периоде после операций на органах брюшной полости. Тяжелое состояние больного, назначение анальгетиков, антибактериальных средств, интенсивная инфузионная и другая медикаментозная терапия обуславливают стертую мало, выразительную клиническую картину, вследствие чего третичный перитонит поздно распознается, что ведет к несвоевременной релапаротомии и высокой послеоперационной летальности, которая по данным некоторых статистик колеблется, от 25 до 50% и более.

Цель исследования. Оценка места и роли релапаротомии в лечении третичного перитонита.

Материал и методы. За последние 5 лет (2003-2007 гг.) под нашим наблюдением находилось 136 больных, у которых в послеоперационном периоде были выполнены 183 релапаротомии. В 80 (59%) случаях наблюдался ограниченный или разлитой третичный перитонит. Мужчин было 50, женщин - 30 в возрасте от 15 до 75 лет. У 69 больных первичная лапаротомия выполнена по экстренным показаниям (у 16 - деструктивный аппендицит, у 13 - острый панкреатит, у 12 - острый холецистит, у 10 - тупая травма живота, у 18 - острая кишечная непроходимость раковой природы), у 5 - проникающее ножевое ранение брюшной полости, у 5 - острая гинекологическая патология. 11 человек оперированы в плановом порядке (по поводу желчнокаменной болезни - 5, язвенной болезни - 4, вентральной грыжи - 2).

Результаты и обсуждение. Среди причин третичного перитонита в 23,8% случаев явились одиночный или множественные абсцессы без- или с прорывом в свободную брюшную полость, в 13,1% - несостоятельность швов на полых органах брюшной полости, в 9,8% - желчеистечение, в 6,7% - прогрессирование вторичного перитонита после первой лапаротомии, в 5,7% - некроз стенки желудка или тонкой кишки, в 4,9% - перфорация острой язвы и в 1,7% - тромбоз мезентериальных сосудов. Во время релапаротомии решали 2 задачи: ликвидировали источник перитонита и проводили мероприятия, направленные на его лечение. Если решение первой

задачи требовало поиска индивидуальных способов лечения (повторное ушивание зоны несостоятельности, устранение желчеистечения, тампонада и др.), то для лечения третичного перитонита применяли унифицированную методику, которая заключалась в тщательной интраоперационной санации брюшной полости антисептиками, декомпрессии кишечника в показанных случаях, дренирование брюшной полости 5-7 трубками с оставлением в ряде случаев тампонов-сигар. Это обеспечивало возможность проведения адекватной антибиотикотерапии, санацию интракишечного пространства, эвакуацию воспалительного выпота из брюшной полости. В 84,4% выполнена одна, в 11,5% - две, в 3,3% - три и в 0,82% - 4 релапаротомии. После релапаротомии умерли 19 человек. Общая послеоперационная летальность равна 23,7%.

При однократной релапаротомии она равнялась 21,3%, после двух - 50%, трех и более - 75%. Причинами летальности у 11 больных явился прогрессирующий перитонит и синдром полиорганной недостаточности, у 5 - легочно-сердечная, у 2-х - печеночно-почечная и у 1 - легочная недостаточность.

Выводы. Несмотря на ключевую роль и место релапаротомии в комплексном лечении третичного перитонита в условиях реанимации летальность остается высокой, причем каждая последующая релапаротомия уменьшает шансы на спасение жизни больного. В связи с этим, снижение числа больных третичным перитонитом и достижение лучших результатов в абдоминальной хирургии целесообразно искать на путях совершенствования тактики и техники первичных операций, пред- и послеоперационного лечения.

РЕЛАПАРОТОМИИ В ХИРУРГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Барсуков К.Н., Рычагов Г.П.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на современные достижения хирургии, диагностика и лечение послеоперационных осложнений представляет собой одну из наиболее сложных и актуальных страниц абдоминальной хирургии. Частота релапаротомий по этому поводу колеблется от 0,5 до 7% операций на органах брюшной полости, а летальность составляет от 23,6 до 71,2%.

Материал и методы. Основу работы составил ретроспективный анализ результатов лечения 14037 больных с абдоминальной патологией за период 2003-2007 год, получавших лечение в 3-ей ГКБ г. Минска и в районной больнице г. Борисова Минской области. Релапаротомия выполнена у 136 (0,97%) больных. У 122 (89,7%) она произведена по экстренным показаниям в связи с развитием осложнений в послеоперационном периоде и у 14 (10,3%) - программируемая релапаротомия с целью контроля за состоянием патологии, по поводу которой была предпринята операция. Всего выполнено 183 релапаротомий, включая релапаротомии.

Для диагностики послеоперационной патологии использовали данные клинико-лабораторного и рентгенологического обследования, УЗИ органов брюшной полости, в нескольких случаях КТ и ЯМРТ.

Результаты и обсуждение. Нами установлено, что релапаротомия в 89,9% случаев выполнялась после экстренных и лишь в 10,1% - после плановых операций на органах брюшной полости. При анализе частоты релапаротомий, в зависимости от основной патологии, по поводу которой предпринималась операция, установлено, что удельный вес острого аппендицита в структуре патологии, потребовавшей повторной операции, составил 11,8% (16 набл.), панкреатита - 9,6% (13 набл.), острого холецистита - 8,8% (12 набл.), тупой травмы живота - 8,8% (12 набл.), рака ободочной кишки, осложненной непроходимостью - 7,4% (10 набл.). Остальные релапаротомии в меньшем числе случаев встречались при другой абдоминальной патологии.

Однако при сопоставлении частоты релапаротомии и количества оперированных больных было установлено, что при остром панкреатите релапаротомия потребовалась в 13,1%, раке ободочной кишки - в 7,3%, травме органов брюшной полости - в 6,6%, язвенной болезни - в 2,3%, холецистите - в 1,3% и остром аппендиците - в 0,46% случаев. Нами установлено 5 основных причин релапаротомий, на долю которых приходится 85% всех осложнений. Среди них на первом месте абсцессы брюшной полости (23,8%), на втором - кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта или в брюшную полость (18,9%), на третьем - послеоперационный перитонит (13,2%), на четвертом - ранняя спаечная непроходимость (10,7%) и на пятом - эвентрация (9%). После релапаротомии умерло 37 больных. Летальность составила 27,2%, и она в значительной степени зависела от патологии и характера первичной операции, которая применялась. Летальность при релапаротомии у больных острой кишечной непроходимостью раковой и другой этиологии составила 43%, панкреатите - 38,5%, остром холецистите - 33,3%, тромбозе мезентериальных сосудов - 20%, язвенной болезни, осложненной кровотечением 16,7%.

У 14 (11,5%) больных релапаротомия выполнена дважды, у 4 (3,3%) - трижды и у 1 (0,82%) - 4 раза. Летальность у больных, перенесших 2 релапаротомии, составила 50,3 и более - 75%.

Выводы. На основании проведенного исследования установлено, что около 1% больных, оперированных на органах брюшной полости, нуждается в релапаротомии, причем почти в 90% случаев первая операция была выполнена по поводу ургентной абдоминальной патологии. Летальность после релапаротомии остается высокой (27,2%) и с каждой последующей релапаротомией риск летального исхода повышается. При повторной релапаротомии умирает каждый второй, а при 3-х и более погибают 2/3 больных.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости тщательного изучения данной проблемы, совершенствования лечебной тактики и техники первичных оперативных вмешательств и релапаротомии с целью снижения риска послеоперационных осложнений и летальности.

МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА "ПУЛЬСАР" ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Безводицкая А.А.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Раны и раневая инфекция относятся к числу наиболее старых разделов медицины, однако и сегодня лечение ран остается одной из основных проблем хирургии. Несмотря на множество используемых методов и способов лечения ран, ни один из них не удовлетворяет хирургов полностью.

Цель. Существует особая потребность в улучшении результатов лечения гнойно-некротических ран, заживление которых происходит в условиях нарушенной микроциркуляции, особенно у лиц, страдающих сахарным диабетом. Результаты лечения необходимо улучшать и они могут быть улучшены, поскольку прогресс науки открывает все новые возможности в лечении ран [1].

Материал и методы. Во 2-ом хирургическом отделении 5 ГКБ г. Минска за 2009 год прооперировано 43 пациента, страдающих гнойно-воспалительными осложнениями синдрома диабетической стопы с использованием аппарата лазерного "Пульсар", изготовленного научно-производственным республиканским унитарным предприятием ЛЭМТ. Этим аппаратом производилась термическая коагуляция мягких тканей при проведении малых хирургических операций.

Показаниями к применению лазерного аппарата являлись:

- поверхностные и глубокие трофические язвы на стопе с наличием некротических тканей;
- гнойно-некротические раны на стопе после этапных хирургических вмешательств;
- остеомиелит костей стопы с участками некроза мягких тканей и наружными свищами;
- гангрена пальцев стопы или участка стопы.

Средний возраст пациентов составил 67,2 года. Мужчин было 19, женщин - 24.

Результаты и обсуждение. У 89,3% пациентов использование аппарата лазерного "Пульсар" в комплексном лечении гнойно-воспалительных осложнений синдрома диабетической стопы приводило к отчетливому уменьшению воспалительных изменений в области гнойных ран, способствовало их очищению в первой фазе и более интенсивной регенерации тканей во второй фазе раневого процесса. При обработке раневой поверхности лазерным потоком отмечено уменьшение бактериальной обсемененности раны, более быстрое ее очищение, сокращение сроков эпителизации, отсутствие болевых ощущений. У всех пациентов в динамике были исследованы биохимические показатели крови, а также определен профиль глюкозы крови. Применение лазерного аппарата не отразилось на вышеперечисленных показателях, также не отмечалось побочных и аллергических явлений.

У 10,7% пациентов использование аппарата лазерного "Пульсар" при обработке гнойно-некротических ран и язв

при синдроме диабетической стопы не привело к стойкому отторжению некроза в ранах, что было связано с прогрессированием микро- и макроангиопатии, ухудшением общего состояния пациентов.

Выводы. Результаты клинического применения аппарата лазерного "Пульсар" в комплексном лечении гнойно-воспалительных осложнений синдрома диабетической стопы позволяют рекомендовать его для широкого использования в качестве средства местного воздействия на раны и язвы данной группы пациентов.

Литература:

1. Астахова, И. Н. Лечение больных сахарным диабетом с некротическим поражением стопы / И. Н. Астахова // Хирургия. - 2001. - № 12. - С. 36-37.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА "КОЛЛАПАН" В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Блувштейн Г.А., Чолахян А.В.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава,
г. Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Хронический посттравматический остеомиелит является одним из самых тяжелых осложнений лечения открытых и закрытых переломов костей. Актуальной проблемой гнойной хирургии является поиск новых средств и методов, способствующих регенерации костной ткани. В настоящее время наряду с радикальной хирургической обработкой гнойно-некротического очага применяются различные способы замещения остаточной костной полости. Использование современных биокомпозиционных биодеградирующих материалов открывает новые перспективы в решении вопросов замещения остаточной костной полости после радикальной санлирующей операции [1].

Цель. Изучить эффективности препарата "Коллапан" в комплексном лечении больных хроническим посттравматическим остеомиелитом.

Материал и методы. В соответствии с поставленной целью и задачами, нами было проведено клинко-лабораторное исследование. В лабораторном исследовании нами проанализированы результаты определения концентрации С-реактивного белка, сывороточного амилоида А, молекул межклеточной адгезии sICAM-1 и sVCAM-1 в сыворотке крови.

Клиническая часть работы основана на анализе результатов обследования и лечения 100 больных, находившихся на лечении во 2-й городской клинической больнице им. В.И. Разумовского и в ФГУ Саратовском НИИТО Росмедтехнологий. В ходе исследования были сформированы 2 рандомизированные группы: основная (исследуемая группа), состоящая из 100 человек и группа сравнения - 26 практически здоровых лиц сопоставимых по полу и возрасту с исследуемой группой. Внутри основной группы дополнительно было условно сформировано три подгруппы пациентов, в зависимости

от проводимого оперативного лечения. 1 подгруппа - пациенты, которым выполнены нерадикальные оперативные вмешательства (33 человека). 2 подгруппа - пациенты, подвергшиеся радикальному хирургическому лечению (37 человек). 3 подгруппа - это пациенты с хроническим посттравматическим остеомиелитом после костно-пластических операций. Всем больным этой подгруппы выполнялась пластика остаточной костной полости препаратом "Коллапан" (30 человек).

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде нами оценивались сроки регистрации наиболее динамичных местных и общих клинических признаков воспаления - отека, болевого синдрома, температурной реакции, характера заживления раны. При сравнительной оценке продолжительности и степени выраженности болевого синдрома существенных различий между группами не наблюдалось. Во всех группах пациентов болевой синдром у пациентов регрессировал в течение 10 суток, и степень его выраженности была сопоставима.

Сравнительная оценка динамики регрессии отека в послеоперационном периоде у больных с хроническим посттравматическим остеомиелитом показала, что происходит более быстрое уменьшение отека в третьей подгруппе больных. При этом значимые изменения были отмечены уже с первых суток послеоперационного периода.

При оценке динамики регрессии температурной реакции была отмечена тенденция к более ранней нормализации температуры тела у больных третьей подгруппы. Нормализация температуры тела в третьей подгруппе отмечалась к 5-м суткам послеоперационного лечения, при этом в первых двух подгруппах гипертермия регистрировалась до 7-х суток.

В 74 % случаев рана заживала первичным натяжением. При этом существенных различий между заживлением раны и объемом оперативного вмешательства не наблюдалось.

Средний койко-день составил в 1-й подгруппе $16,96 \pm 9,7$, во 2-й - $19,15 \pm 8,5$, в 3-й подгруппе - $14,7 \pm 7,7$ ($p < 0,001$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что интраоперационное применение препарата "Коллапан" для пломбировки остаточной костной полости после удаления гнойно-некротического очага является клинически эффективным. Использование современных биокомпозиционных материалов позволяет создать наиболее благоприятные условия для течения репаративных процессов, более быстрой регрессии основных клинически проявлений воспаления. При этом сокращаются сроки нахождения больных в стационаре.

Литература.

1. Сочетанное применение современных биокомпозиционных материалов и антисептических препаратов в комплексном лечении хронического остеомиелита / Н. А. Кузнецов [и др.] // *Вестн. РГМУ* - 2004. - № 8. - С. 68-70.

ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ

*Большов А.В., Третьяк С.И., Федорук А.М., Авдей Е.Л.
Белорусский государственный медицинский университет
УЗ "9-я городская клиническая больница"
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Поддиафрагмальные жидкостные скопления являются характерными осложнениями спленэктомии. Согласно литературным данным, частота их варьирует от 1,5 до 13%. Эти осложнения удлиняют сроки пребывания больных в стационаре, временную нетрудоспособность и отрицательно сказываются на исходах лечения.

Цель. Выявить наиболее частые причины поддиафрагмальных скоплений жидкости, развивающихся после удаления селезенки, определить рациональный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий.

Материал и методы. В условиях отделения портальной гипертензии УЗ "9-я ГКБ" г. Минска за период с 1990 по 2006 годы спленэктомия была выполнена 304 пациентам. В группу вошли 143 больных с синдромом портальной гипертензии, 123 - с гематологическими заболеваниями, 24 - с очаговыми образованиями селезенки, в 14 случаях имели место другие показания к этому вмешательству. Регистрировались осложнения, развившиеся за период от начала операции до момента выписки из стационара. Средняя продолжительность наблюдения составила $16,8 \pm 9,2$ дней.

Результаты и обсуждение. Всего было диагностировано 101 осложнение у 78 (25,7%) пациентов с общей летальностью 5,6%. Наиболее высокий уровень этих показателей (38,5% и 9,8% соответственно) имел место у больных с синдромом портальной гипертензии.

Поддиафрагмальные жидкостные образования были выявлены в 9 случаях (3% от оперированных больных и 8,9% от всех послеоперационных осложнений). У 3 больных циррозом печени сформировались левосторонние поддиафрагмальные абсцессы, ассоциированные со свищами желудка, у 1 пациента с подпеченочной формой портальной гипертензии имела место инфицированная гематома ложа селезенки. У 3 больных с тромбоцитопенической пурпурой развился хвостовой панкреатит со скоплением жидкости в левом поддиафрагмальном пространстве, а у 1 пациента с анемией Минковского-Шофара диагностирована гематома той же локализации. В 1 случае после удаления селезенки по поводу кисты развился поддиафрагмальный абсцесс. Летальности среди этих больных не было.

Диагностика осложнений базировалась на комплексном обследовании. Прежде всего, учитывались жалобы пациентов, нарастание воспалительного синдрома. У 6 пациентов рентгенологически имелись признаки левосторонних пневмонии и плеврита. Ультрасонография и компьютерная томография органов брюшной полости позволили визуализировать и подтвердить наличие патологического очага в поддиафрагмальном пространстве.

В 8 случаях из 9 потребовались повторные вмешательства. Операции выполнялись в сроки 4 - 21 день после спленэктомии. 5 пациентам было проведено дренирование жидкостных скоплений под ультразвукографическим контролем чрезкожно по методике В.Г. Ившина [1]. В 1 случае потребовалась постановка одновременно двух дренажей. У 1 пациента чрезкожное дренирование оказалось не адекватным, и санация гнойного очага проводилась через дополнительный разрез в левом подреберье. Аналогичная операция была выполнена в 2 случаях для эвакуации гематом и в 1 - для дренирования абсцесса левого поддиафрагмального пространства.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия и санация полостей антисептиками. Отсутствие отделяемого по трубке, остаточной полости и контрастирования желудка при контрольной фистулографии являлись показанием к удалению дренажей.

Выводы. Наиболее частыми причинами развития поддиафрагмальных жидкостных образований после удаления селезенки являются неадекватный гемостаз, травма хвоста поджелудочной железы, некроз и перфорация стенки желудка вследствие нарушения кровообращения.

Комплексная оценка изменений клинической картины, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования таких как: рентгенография органов грудной клетки, ультразвукография, компьютерная томография, рентгеноконтрастные методы, позволяет своевременно диагностировать этот вид осложнений и выявлять причины их развития.

Малоинвазивные способы дренирования поддиафрагмальных жидкостных скоплений являются эффективным методом лечения этой группы больных.

Литература:

1. Ившин, В.Г. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой / В.Г. Ившин, А.Ю. Якунин, О.Д. Лукичев. - Тула, 2000. - 312 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОЗАМЕЩАЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ

Бордаков В.Н., Деркачев В.С., Сухарев А.А., Вароницкий Г.Н., Романов О.А.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
ГУ "432 ордена Красной Звезды
главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Лечение больных с инфицированными дефектами костей является сложной и далеко не решенной задачей. Одной из причин образования дефектов костей является хронический остеомиелит, как следствие посттравматического осложнения переломов.

Существуют различные способы замещения дефектов костной ткани, возникающие после санации гнойно-некротического очага. Аутогтрансплантат - идеальный материал в восстановительной хирургии. Однако применение таких материалов ограничивается определенными трудностями: необходимостью клинике иметь костный банк для хранения такого материала, а получение значительного количества аутоматериала ограничено, и донор при заборе подвергается серьезным оперативным вмешательствам. В связи с этим в последнее время особое внимание уделяется как созданию, так и применению новых остеозамещающих материалов для восстановления утраченных функций отдельных тканей или органов в целом. Одним из таких материалов являются различные формы искусственного гидроксипатита.

Цель. Оценка эффективности остеозамещающих материалов "Коллапан" и "ЛитАр" в лечении хронического остеомиелита.

Материал и методы. Проанализировав 23 истории болезней пациентов с хроническим остеомиелитом, выявили у 8 больных поражение пяточной кости, остеомиелит голени у 9 больных, бедренной кости - у 4, локтевой - у 1, грудины - у 1. Проведено 23 оперативных вмешательства: секвестрэктомия с резекцией кости и пластикой "Коллапаном" - 16 (66,7%), резекционная секвестрнекрэктомия с внеочаговым остеосинтезом аппаратом внешней фиксации - 7 больных. Количество применяемого препарата составило от 9 от 125 граммов. Рана ушивалась, дренировалась в раннем послеоперационном периоде активной аспирацией.

"Коллапан" - биокомпозиционный материал, созданный на основе гидроксипатита, включает в себя коллаген, антибиотики (линкомицин, тиенам, гентомицин и др.). По химическому составу идентичен человеческой кости, является матрицей, на которой осуществляется формирование новообразованной кости, материал прочно связывается с костными структурами в месте имплантации и с течением времени в дефекте формируется новая костная структура.

"ЛитАр" полимерсолевой нанокристаллический материал: смесь высокоинтегрированных компонентов (биополимерного и солевого). Структура материала напоминает структуру костного матрикса, но композит обладает иными физико-механическими характеристиками: он пористый, хрупкий, малопрочный, в жидкой среде становится вязко-пластичным. Эти свойства материала обуславливают его высокую способность биодеградировать (при помещении в дефект кости биотрансформируется в течение 12-15 дней).

Контрольная рентгенография выполнялась на первые сутки после операции и через каждый месяц в последующем. Этапное изучение рентгенологической картины после операции показало о ликвидации воспалительного процесса и формировании костной мозоли. Через 6-7 месяцев рентгенологически отмечалось постепенное заполнение остеомиелитических полостей костной тканью. Костная перестройка быстрее происходила в губчатой кости.

Выводы. Биокомпозиционный материал "Коллапан" и "ЛитАр" являются матрицей для новообразующейся костной ткани, обладают выраженными остеопластическими свойствами, являются эффективным средством

при лечении хронических остеомиелитов различной этиологии и локализации. Эти материалы обладают рядом преимуществ: хорошая биодеградация, стимулирование роста нагивной костной ткани, простота применения, возможность моделирования материала по форме дефекта во время операции. Но, возможно, материал "ЛитАр" имеет большие перспективы, т.к. резорбируется наиболее быстро и пригоден для замещения дефектов не только костной, но и хрящевой ткани.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Бордаков В.Н., Блахов Н.Ю., Пацай Д.И.
ГУ "432 ордена Красной Звезды
главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь",
г. Минск, Республика Беларусь*

Цель. Улучшить результаты лечения больных с послеоперационной интраабдоминальной инфекцией после хирургических вмешательств на органах брюшной полости путем совершенствования ранней диагностики.

Материал и методы. Основу работы составили результаты обследования и лечения 675 больных с подозрением на послеоперационный перитонит, инфильтраты и абсцессы брюшной полости.

В контрольной группе (52,9%) диагноз и показания к релапаротомии обосновывались клинико-лабораторными и рентгенологическими данными динамического наблюдения, в основной (47,1%), кроме того, объективной оценкой тяжести состояния больного в сочетании с результатами лучевых и инструментальных исследований.

Результаты и обсуждение. Объективная оценка тяжести состояния больных основной группы осуществлялась по критериям интегральной шкалы SAPS. Тяжесть состояния больных через 1 сут после первичной операции составила в среднем $6,3 \pm 2,7$. В 131 (56,9%) случае отмечалось увеличение балла тяжести перед повторной операцией до $10,2 \pm 4,5$, что свидетельствовало о достоверном ($p < 0,001$) усугублении функциональных нарушений и, соответственно, о наличии или прогрессировании патологического процесса в брюшной полости.

Кроме того, сочетание наличия очага инфекции в брюшной полости с признаками системной воспалительной реакции и органной дисфункции явилось основанием для диагностики тяжелого абдоминального сепсиса у 137 (43,1%) больных основной группы.

Основными показаниями к проведению диагностических исследований в основной и контрольной группах служили: подозрение на распространенный послеоперационный перитонит - соответственно, у 166 (52,2%) и 162 (45,4%) больных, на абсцессы брюшной полости - у 133 (41,8%) и 154 (43,1%), на местный перитонит - у 13 (4,1%) и 29 (8,1%), на инфильтраты брюшной полости - у 6 (1,9%) и 12 (3,4%).

В основной группе у 275 больных проводилось комплексное лучевое обследование (рентгенография

грудной клетки, живота, УЗИ). В 37 (11,6%) случаях комплекс диагностических мероприятий дополнялся компьютерной томографией, в 81 (25,4%) - лапароскопией. У 43 (13,5%) больных выполнялись малоинвазивные диагностические вмешательства.

В ходе УЗИ правильный диагноз был установлен у 157 больных, из них в 118 случаях определялись признаки интраабдоминальных внутрибрюшных осложнений (в 60 (50,8%) - абсцессы брюшной полости, в 48 (40,7%) - распространенный послеоперационный перитонит, в 6 (5,1%) - инфильтраты брюшной полости, в 4 (3,4%) - местный перитонит); у 39 больных диагноз был снят.

Компьютерная томография живота в раннем послеоперационном периоде выполнялась 37 больным. Показанием к проведению исследования служила недостаточная информативность первичной сонографии. Диагноз был установлен у 26 (70,3%) больных.

Пункции боковых каналов живота, микрорелапаротомия с использованием метода "шарящего корнцанга", лапароцентез применялись у 43 больных, что позволило подтвердить диагноз распространенного послеоперационного перитонита в 16 (37,2%) наблюдениях. В 2 (4,6%) случаях исследования оказались неинформативными.

Диагностическая лапароскопия выполнялась 81 больному, при этом в 58 (72,6%) случаях определялись признаки послеоперационных внутрибрюшных осложнений воспалительно-гнойного характера, что потребовало проведения релапаротомии или малоинвазивного хирургического вмешательства.

Выводы. В целях дифференциальной диагностики интраабдоминальных послеоперационных осложнений воспалительно-гнойного характера целесообразно применять объективную оценку тяжести состояния больных по интегральным шкалам в сочетании с двумя вариантами комплексного обследования с последовательным включением этапов исследования:

а) для диагностики послеоперационного перитонита - ультразвуковое исследование, компьютерная томография, пункция боковых каналов живота, микрорелапаротомия или лапароцентез, лапароскопия;

б) для диагностики инфильтратов и абсцессов брюшной полости - ультразвуковое исследование, компьютерная томография, лапароскопия.

Предложенная схема диагностики внутрибрюшных послеоперационных осложнений воспалительно-гнойного характера способствует сокращению сроков обследования и, соответственно, своевременному и более радикальному устранению источника воспаления, что, в свою очередь, позволяет снизить послеоперационную летальность при данной патологии до 13%.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Бордаков В.Н., Блахов Н.Ю., Пацай Д.И.
ГУ "432 ордена Красной Звезды
главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь",
г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Улучшить результаты лечения больных с послеоперационной интраабдоминальной инфекцией после хирургических вмешательств на органах брюшной полости путем совершенствования существующих и внедрения новых способов лечения.

Материал и методы. Основу работы составили результаты обследования и лечения 433 больных с послеоперационным перитонитом и абсцессами брюшной полости. В контрольную группу вошли 223 больных, в основную - 210.

Результаты и обсуждение. Основным вмешательством при лечении послеоперационного распространенного перитонита остается релапаротомия. Этот метод применялся у 218 (97,8%) больных контрольной группы и у 83 (39,5%) больных - основной. В 29 (13,8%) случаях (в 19 - при распространенном перитоните, в 10 - при местном) у больных основной группы проводилась лапароскопическая санация брюшной полости.

Дренирование абсцессов с применением малоинвазивных технологий выполнено 98 (46,7%) больным, из них у 18 (8,6%) - с применением лапароскопии, у 80 (38,1%) - под контролем УЗИ.

Дренирование брюшной полости осуществлялось у всех оперированных больных, однако в качестве завершающего этапа оперативного вмешательства лишь у 36 (17,1%) больных основной группы и у 26 (11,7%) - контрольной. Эффективность дренирования значительно повышалась при использовании систем для активной аспирации перитонеального выпота.

Перитонеальный диализ выполнялся у 32 (14,3%) больных контрольной группы, при этом летальность составила 35,6%. Столь высокий уровень летальности объясняется высокой частотой несостоятельности анастомоза при проведении диализа. Поэтому в дальнейшем мы отказались от его проведения, и у больных основной группы этот метод не применялся.

Программированная релапаротомия являлась ключевым методом лечения в основной группе и выполнялась у 51 (24,3%) больного, в то время как в контрольной - лишь у 17 (7,6%). Применение данной методики позволило снизить послеоперационную летальность по сравнению с методом перитонеального диализа до 29,4%.

Лапаростомия применялась как метод завершения релапаротомии у 21 (10%) больного основной группы и у 29 (13%) больных контрольной. Основными показаниями к лапаростомии служили тотальное нагноение лапаротомной раны, наличие флегмоны передней брюшной стенки, анаэробный перитонит, а также не устраненный оперативными путем источник перитонита (несостоятельность анастомоза).

Летальность в контрольной группе составила 46,2%, а

в основной группе - 12,4 %.

Вывод. Применение современных методов лечения и малоинвазивных технологий позволяет снизить летальность у больных с послеоперационным перитонитом до 17,6%, с абсцессами брюшной полости - до 6,9%.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ СЕПСИСА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бронтвейн А.Т., Баранов Г.А.,
Скалозуб О.И., Чуванов М.В.
ФГУ "Центральная клиническая больница с
поликликой" УДП РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Актуальность проблемы сепсиса определяется многообразием этиологических причин, особенностями клинических проявлений у разных категорий больных, стабильно сохраняющейся высокой летальностью, а также отсутствием универсальных лечебных препаратов, отличавшихся по клинической эффективности от многообразия используемых лечебных мероприятий. Общая летальность при сепсисе, по данным большинства публикаций, около 24% при сепсисе и 35% при шоке, порой превышая при последнем 70% [1, 2, 3, 4]. Разработка универсального алгоритма в лечении сепсиса, по нашему мнению, является стратегически важной задачей, решение которой позволило бы значительно уменьшить процент летальных исходов, а также и финансовые затраты лечебных учреждений.

Цель. Изучение показателей иммунных нарушений у больных хирургическим сепсисом на различных стадиях его течения и применения внутривенных стандартных иммуноглобулинов в комплексном лечении с позиций их влияния на последующие результаты лечения.

Материал и методы. Проведён анализ результатов лечения у 63 больных сепсисом (34 мужчин и 29 женщин в возрасте 17-92 лет). 61 - 70 лет - 13 чел. (20,6%), 71-80 лет - 18 чел. (28,5%), старше 80 лет - 6 чел. (9,52%). Пациенты старших возрастных групп (возраст более 60 лет) составили 58,6%. Все больные сепсисом были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты, получавшие комплексное лечение без использования внутривенных иммуноглобулинов (n=41). Вторую группу составили больные (n=22), которые в комплексном лечении с иммунокомпенсирующей целью получали внутривенные стандартные иммуноглобулины. Исследования иммунного статуса проводились с использованием методов лазерной нефлометрии на аппарате DADE BERING (Германия) и прямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител CD3+, CD4+, CD8+, а также цитометрии в потоке на аппарате FACS CALIBUR (Becton Dickinson, США).

Результаты и обсуждение. Характерными изменениями в иммунном статусе больных I группы явились снижение абсолютного количества клеток с фенотипическим маркером CD3+ до $0,81 \pm 0,05 \times 10^9$ /л, что наблюдалось у 38 (92,6%) больных, снижение клеток с фенотипи-

ческими маркерами CD3+CD4+ у 38 (92,6%) больных и составило $0,42 \pm 0,05$ 10^9 /л. Снижение иммунорегуляторного индекса №1 наблюдалось у 17 (41,5%) пациентов и составило $0,8 \pm 0,01$. Уровень иммуноглобулина G был снижен у 4 (9,75%) больных на стадии тяжёлого сепсиса. У остальных больных - незначительно превышал нижнюю границу нормы. Уровень ЦИК с IgG у всех больных был в норме. У всех больных был отмечен повышенный уровень индекса фагоцитоза уровень которого в среднем составил 455 ± 7 мВ. Снижение абсолютного количества В-лимфоцитов (CD 19+) наблюдалось у 12 больных (54,5%). Характер изменений показателей иммунного статуса больных во второй группе примерно соответствовал I группе. Снижение абсолютного количества клеток с фенотипическим маркером CD3+ наблюдалось в 72,7% (16 больных: 4 больных на стадии сепсиса SIRS IV, 10 больных на стадии тяжёлого сепсиса; 2 больных на стадии септического шока). Снижение клеток с фенотипическими маркерами CD3+CD4+ отмечено также в 72,7% (16 человек: 4 больных на стадии сепсиса SIRS IV, 10 больных на стадии тяжёлого сепсиса, 2 больных на стадии септического шока). Снижение иммунорегуляторного индекса № 1 наблюдалось у 9 пациентов 2 - на стадии сепсиса SIRS 4, 7 - на стадии тяжёлого сепсиса). У 6 пациентов тяжёлым сепсисом отмечено кратковременное повышение абсолютного количества CD3+, CD3+CD4+, IgG, ЦИК с IgG с последующим угнетением этих показателей, что говорило о декомпенсации функций иммунной системы (в дальнейшем - летальный исход).

Анализ результатов лечения показал, что летальность в I группе больных без лечения иммуноглобулинами достигла 46,5%, а летальность во II группе была ниже - 36,4%.

Выводы. Считаю, что в диагностике и терапии больных сепсисом при оценке полиорганной дисфункции необходимо исследовать состояние иммунной системы организма. Своевременная санация первичного источника хирургического сепсиса должна являться обязательным основным этапом лечебных мероприятий. Применение стандартных иммуноглобулинов в комплексном лечении больных сепсисом является клинически эффективным и перспективным направлением комбинированной терапии, а полученные результаты позволяют рекомендовать терапию иммуноглобулинами как действенный метод лечения на всех стадиях септического процесса.

Литература:

1. Пауков, В. С. Инициальные механизмы сепсиса / В. С. Пауков // *Архив патологии.* - 2007. - Т. 69, № 2. - С 57-62.
2. Руднов, В. А. Сепсис на пороге XXI века: основные итоги, новые проблемы и ближайшие задачи / В. А. Руднов, Д. А. Вишницкий // *Анестезиол. и реаниматол.* - 2000. - № 3. - С. 14-20.
3. Сепсис в начале XXI века: практическое рук. / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. - М., 2004.
4. Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis / G. R. Bernard [et al.] // *N. Engl. J. Med.* - 2001. - Vol. 344. - P. 699-709.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Булавкин В.П., Кутько А.В., Осипенко А.В., Третьяков А.А., Пилант Д.А.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. В промышленно развитых странах отмечается тенденция к росту роли фактора ишемии в генезе гнойно-некротических форм диабетической стопы (ДС), который является ведущим у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС).

Цель. Оценка характера окклюзионных поражений при гнойно-некротических формах ДС и возможности использования баллонной ангиодилатации в лечении пациентов этой категории.

Материал и методы. С 2006 по 2009 гг. в РНПЦ "Инфекция в хирургии" лечилось 270 пациентов с гнойно-некротическими формами ДС: мужчин - 142 (52,6%), женщин - 128 (47,4%); СД тип-1 - 24 (8,8%) пациента, СД тип-2 - 246 (91,2%). Средний срок заболевания более 14 лет отмечался у 184 (68%) пациентов.

Всем пациентам проводилась рентгеноконтрастная дигитальная субтракционная ангиография на ангиографическом комплексе AXIOM Artis dFA (SIEMENS). Методика катетеризации бедренных артерий по Сельдингеру включала чрескожную пункцию бедренной артерии чуть ниже паховой складки, проведение проводника, по которому игла заменялась на катетер. Контрастные серии изображений фиксировались частой 1-2 кадра в секунду в 5 сегментах начиная от брюшной аорты, артерий таза и до дистальных сегментов конечностей. 200 (74%) пациентам проводилась селективная ангиография нижних конечностей. 44 (16%) пациентам выполнялась реканализация пораженных сосудов, баллонная дилатация (ангиопластика) и при необходимости у 12 (27%) пациентов - стентирование. Доступ при вмешательстве на бедренно-подколенном сегменте и артериях голени у 40 (91%) пациентов был гомолатеральный антеградный, а у 4 (9%) - контралатеральный ретроградный. Для прохождения стенозов использовался стандартный проводник фирмы "Балтон" (Польша), "Темуро" (Япония). При проведении баллонной дилатации баллон раздувался 2-3 раза по 2-4 минуты.

Результаты и обсуждение. Результаты полученных ангиографических исследований выявили отсутствие нарушений проходимости магистральных артерий у 86 (31,9%) пациентов, сегментарное поражение у 36 (13,3%), дистальное поражение у 87 (32,2%) и полисегментарное поражение у 63 (23,1%). У 177 (64%) пациентов гнойно-некротической формой ДС отмечено преимущественное поражение артерии голени.

Чрезкожная транслуминальная баллонная ангиопластика проводилась у 44 больных с ангиопластикой различных сосудов. У этих пациентов отмечались гнойно-некротические изменения. Гангрена пальцев стоп выявлена у 22 (50%) пациентов, у 10 (23%) - гангрена пальца, у 8 (18%) - локальные некрозы. В течение 1,5-2 недель после реваскуляризации выявлена положительная

клиническая динамика, четкая ограничение некрозов, что позволило в последующем у 22 пациентов выполнить ампутацию по Mc Kittric, у 10 - ампутацию пальца с головкой плюсовой кости, у 8 - некроэктомиию.

Послеоперационные раны заживали вторичным натяжением. У 33 (75%) пациентов выполнено пластическое закрытие раневого дефекта. В течение 2 лет поступило 12 (27%) пациентов, которым была произведена повторная ангиопластика.

Выводы. Рентгеноконтрастная дигитальная субтракционная ангиография нижних конечностей является "золотым стандартом" диагностики ангиопатии у пациентов гнойно-некротической формой ДС.

У пациентов гнойно-некротической формой ДС окклюзионное поражение сосудов различной степени встречается у 68,1% пациентов. Преимущественно поражаются сосуды голени - 64% больных.

Чрезкожная транслюминальная баллонная ангиопластика позволяет ликвидировать стенозы артерий нижних конечностей, улучшить характер кровотока и уменьшить степень ишемии и является неотъемлемым методом в комплексном лечении гнойно-некротической формы ДС.

Данный метод позволяет ограничиться некроэктомией и ампутацией пальцев на стопе, не используя калечащих операций (ампутация голени, бедра).

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЗИ-КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ И АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Воробей А.В., Ильющонок В.В.,
Курьян Н.Н., Шкурин С.В.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
Республиканский центр реконструктивной
хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии
и лазерной хирургии,
УЗ "Минская областная клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Цель исследования. Определить эффективность малоинвазивных вмешательств в лечении псевдокист (парапанкреатических скоплений жидкости) и абсцессов брюшной полости.

Материалы и методы. В период с 2007 года по май 2010 года в Минской областной клинической больнице проведено 102 малоинвазивных вмешательства под УЗИ-контролем.

Результаты и обсуждение. У 22 пациентов диагностированы абсцессы печени, 13 пациентов послеоперационные абсцессы, 67 постнекротические кисты поджелудочной железы. Дренажирование выполнялось с использованием дренажей типа "pig tail" 8-12 fr. Санация очагов выполнялась растворами антисептиков. У 19 пациентов с абсцессами печени, 60 пациентов с постнекротическими кистами и 13 пациентов с послеоперационными абсцессами достигнут положительный результат. 1 пациент с абсцессом печени умер в связи с прогрессированием ХПН

на фоне ДППЖ; 2 пациентам потребовалась лапаротомия (1 в связи с прогрессированием абсцесса, 1 в связи с самостоятельным извлечением пациенткой дренажа и поступлением гноя в правое поддиафрагмальное пространство). 7 пациентам с постнекротическими кистами в последующем потребовалась лапаро- либо люмботомия с некрсеквестрэктомией.

Выводы. Малоинвазивные вмешательства при лечении постнекротических кист, абсцессов печени, послеоперационных абсцессов являются малотравматичным и высокоэффективным методов в лечении данной патологии.

АКТУАЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

*Гинюк Е.А., Рычагов Г.П., Русинович В.М., Родич А.В.,
Метельская Е.В., Мостович П.В., Годнев В.Г.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
Минский городской центр колопроктологии,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. По данным литературы, пациенты с острым парапроктитом (ОП) составляют 0,5-4% среди лиц с общехирургической патологией и 20-40% в структуре проктологических заболеваний [1, 2, 3].

Цель. Проанализировать заболеваемость ОП в г. Минска.

Материал и методы. Основу клинического материала составили данные медицинских карт 1520 пациентов с ОП, пролеченных в Минском городском центре колопроктологии на базе УЗ "3-я ГКБ им. Е.В. Клумова" за период с 2006 по 2009 год.

Результаты и обсуждение. За изучаемый период в отделении колопроктологии пролечено 10505 пациентов. Выполнено 8161 операция. Оперативная активность за четыре года составила 77,7%. По экстренным показаниям выполнено 2776 оперативных вмешательств, что составило 34% от общего числа операций. По поводу ОП прооперировано 1520 пациентов, что составило 54,8% от экстренных операций и 18,6% от всех операций за текущий период в отделении. Средняя продолжительность лечения в отделении пациентов с данной патологией составила 5,9 дней. Анализ заболеваемости по годам свидетельствует, что частота ОП из года в год остается стабильно высокой. Так, в 2006 г. прооперировано 325 пациентов, что составило 18% от всех операций в отделении, в 2007 г., 2008 г. и 2009 г. соответственно 394 (20,2%), 382 (18,4%), 419 (18%). На число всех жителей г. Минска заболеваемость составила 0,02%. ОП у мужчин диагностирован в 1158 случаях (76,2%), у женщин - в 362 (23,8%). Среди больных преобладают лица от 31 года до 60 лет, которые составили 70,2%, что позволяет нам сделать акцент на данном заболевании, как социальной проблеме. Пациенты юношеского возраста составили 20,6%, лица старшей возрастной группы - 9,1%.

При изучении локализации процесса установлено, что гнойный очаг располагался в подкожной клетчатке в 77,7% случаев, в ишиоректальной области - в 20,3%, в

пельвиоректальной - в 1,1% случаев. На долю подслизистого и ретроректального парапроктита пришлось 0,4% и 0,5% соответственно. Установлен рост ишиоректального парапроктита. Так, в 2006 г. пациентов с такой формой было 46 (14,2%), а в 2009 г. - 108 (25,8%). Основная масса пациентов поступила по направлению врачей поликлиник (75,8%), 14% пациентов доставлены бригадами скорой медицинской помощи. Имеется рост самостоятельных обращений пациентов в приемное отделение - с 0,8% в 2007 г. до 5,2% в 2009 г. Обращения в первые 6 суток от начала заболевания составили 78,7%. Наблюдается увеличение поступления пациентов в первые трое суток от начала заболевания: в 2006 г. поступило 98 пациентов, что составило 30,2%, в 2009 г. - 167 (39,9%). На долю поздних обращений от 7-10 до 11 и более суток от начала заболевания приходится 15,5% и 5,8% соответственно.

Все поступившие пациенты оперированы, причем основной массе (76,5%) была назначена антибиотикотерапия, 23,5% пациентам подобная терапия не назначалась (это в основном пациенты с неглубокой подкожной формой ОН).

При изучении микрофлоры, вызвавшей ОН, нами установлено, что наиболее часто выявляются *E. coli* (47,1%), *E. cloacae* (7%), *S. aureus* (6,6%), *K. oxytoca* (4,4%), и *S. epidermidis* (3,2%). В ряде случаев Гр - флора сочеталась с Гр-флорой.

Выводы. Самой частой экстренной патологией, потребовавшей хирургического вмешательства, является острый парапроктит, которым преимущественно страдают лица трудоспособного возраста, среди которых преобладают мужчины.

Основной по локализации является подкожная форма процесса. На долю ранних обращений пришлось треть всех случаев, основная часть пациентов поступила в стационар по направлению поликлиник. У большинства пациентов применено хирургическое лечение с антибиотикотерапией. Основной состав микрофлоры представлен *E. coli*, *E. cloacae*, *S. aureus*.

Литература:

1. Жакипбаев, К. А. Особенности диагностики и лечения сложных форм парапроктита / К. А. Жакипбаев, А. К. Макишев, Н. В. Мун // *Проблемы колопроктол.* - М., 1998. - Вып. 16. - С. 46-49.

2. Лечение больных острым парапроктитом методом латексной лигатуры / Д. К. Камаева [и др.] // *Хирургия.* - 2000. - № 10. - С. 31-34.

3. Федоров, В. Д. Клиническая оперативная колопроктология / В. Д. Федоров, Г. И. Воробьев, В. Л. Ривкин. - М.: ГНЦ проктологии, 1994. - 432 с.

СВЕТОДИОДНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

*Гинюк В.А., Рычагов Г.П., Русинович В.М.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
Минский городской центр колопроктологии,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Одним из наиболее частых заболеваний в экстренной проктологии является острый парапроктит, заболеваемость которым, по нашим данным, занимает лидирующую позицию в структуре проктологических заболеваний [1]. Количество этих больных, повышение устойчивости микробов требуют разработки более эффективных средств лечения. Принципиально новым направлением здесь является фототерапия (ФТ).

В рамках изучения воздействия ФТ на течение острого гнойно-воспалительного процесса и динамику ранозаживления было выполнено исследование на 200 лабораторных крысах. Доказано, что фотодинамическая терапия (ФДТ) оказывает антибактериальное действие, ускоряет репаративные процессы. Полученные данные легли в основу клинической части исследования.

Цель. Улучшение результатов лечения острого парапроктита с использованием ФТ.

Материал и методы. В работе использован светодиодный аппарат "Ромашка" и фотосенсибилизатор "Фотолон".

Исследование проведено на 60 больных с острым парапроктитом, которые были распределены на две группы по 30 человек. В контрольную группу вошли пациенты, пролеченные традиционным способом, в основную - пациенты, которым проводилось комплексное лечение, включающее ФТ. При изучении структуры групп установлено, что основная масса болеющих - лица трудоспособного возраста от 30 до 60 лет, в основном - мужчины. Все пациенты оперированы. Полученный гной забирался на бакпосев. У пациентов контрольной группы операция завершалась постановкой марлевой турунды с мазью "Левомеколь". У пациентов же основной группы полость раны, на 5 минут тампонировалась салфеткой, смоченной раствором "Фотолона". Затем в течение 5 минут проводилась ФДТ излучателем с длиной волны 630 нм, после чего рана также дренировалась. ФДТ проводилась в первую фазу воспалительного процесса. Затем ежедневно проводилась фоторегуляторная терапия и местно использовались мази. Пациенты контрольной группы велись традиционным способом.

Критериями эффективности лечения служили общее состояние больного, интенсивность и продолжительность болевого синдрома, наличие гнойного отделяемого, время появления грануляций и эпителизации. Для оценки избраны 1, 3, 6, 10, 14 сутки после операции, когда забирал материал для цитологического исследования, отделяемое из раны брали на бакпосев, выполняли ОАК.

Результаты и обсуждение. Динамика общих и местных проявлений в группах была различной. На 1-е сутки у пациентов основной группы значительно меньше был выражен болевой синдром. К 3-м суткам у многих

он исчезал, нормализовалась температура тела, исчезала гиперемия кожи и инфильтрация тканей в области раны, начинали появляться грануляции. К 6-м суткам почти полностью прекращалось гнойное отделяемое, появлялись хорошие грануляции с активной краевой эпителизацией ран, снижался рост колоний микроорганизмов до 103 КОЕ/мл, лабораторные показатели не отличались от нормальных. У больных контрольной группы высеваемость микробных колоний оставалась высокой - 105-106 КОЕ/мл, что говорило о продолжении гнойно-воспалительных процессов в ране. В цитологических препаратах контрольной группы определялось большое количество микробной флоры, нейтрофильных лейкоцитов, а в препаратах основной группы - пласты эпителиальных клеток и фибробластов, микробные тела и нейтрофильные лейкоциты были единичными. На 10-е сутки раны значительно уменьшались в размерах, полностью прекращалось гнойное отделяемое, что не так ярко было выражено у пациентов контрольной группы. К 14-м суткам раны практически полностью заживали, рубцовая ткань была хорошо развита. Раны же у пациентов контрольной группы продолжали заживать вторичным натяжением. Каких-либо реакций при проведении ФТ нами установлено не было.

Выводы. Применение фототерапии позволяет быстрее купировать болевой синдром, воспалительный процесс, подавляет рост микробов, стимулирует регенерацию, что способствует более быстрому очищению и заживлению ран, сокращает сроки лечения.

Разработан новый метод лечения острого парапроктита, не вызывающий побочных реакций и легко переносимый больными.

Литература:

1. Анализ заболеваемости острым парапроктитом / В. А. Гинюк [и др.] // *Здравоохранение*. - 2010. - № 1. - С. 19-22.

РОЛЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ С ЛАПАРОСТОМОЙ

Горбачева И.В., Лебедской-Тамбиев А.Г.
ММА им. И.М.Сеченова,
ГКБ № 23 им. "Медсантруд",
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Частота перитонита составляет около 2 % ото всех острых хирургических заболеваний и одним из эффективных методов лечения распространенных форм его является лапаростомия. Однако остается много дискуссионных вопросов, в том числе о сроках снятия лапаростомы, частоте санаций.

Цель. Оптимизация ведения больных с лапаростомой с использованием данных динамического ультразвукового наблюдения.

Материал и методы. Всего нами было осмотрено 156 больных с распространенным перитонитом за период с 2004 по 2009 гг., пролеченных методом лапаростомии. Из них у 96 больных лапаростома была наложена при первичной операции, и у 60 пациентов - при повторной

операции по поводу послеоперационного или прогрессирующего перитонита. Всего произведено 1700 исследований.

Результаты и обсуждение. Больные осматривались ежедневно перед перевязкой или санацией. Уже изначально у этих больных имеются ультразвуковые признаки перитонита: наличие резко утолщенной, "слоистой" стенки тонкой кишки, жидкостного содержимого в просвете кишки, свободной жидкости, отсутствие перистальтики. Учитывая, что этим больным производилась санация брюшной полости, наличие свободной жидкости в брюшной полости является вполне естественным. У больных с распространенным перитонитом уже на первые сутки отмечается выраженный спаечный процесс, который способствует секвестрации жидкости в отлогах местах живота и между петлями кишечника. Такие скопления перед санацией мы выявляли у 92% больных (144 пациента), что было подтверждено при этапной санации у 90% больных (140 пациентов).

Периодичность санаций зависит от выраженности перитонита. Показанием к очередной санации служит комплексная оценка общего состояния больных и ультразвуковых критериев:

1. Нарастание свободной жидкости. За сутки при сохраняющемся перитоните увеличение свободной жидкости определяется как по увеличению ее объема, так и по увеличению количества анатомических областей, где она лоцируется. Если лоцировалась жидкость только в малом тазу, то через сутки может лоцироваться на 1-2 анатомические области больше - значит надо санировать.
2. Явления пареза без динамики или нарастают.
3. Есть жидкостные затеки в ране, снижение экзогенности тканей в зоне лапаростомы по сравнению с предыдущими сутками.
4. Выявление затеков в забрюшинном пространстве.

Если количество жидкости сохраняется стабильным или уменьшается, нет затеков, то санацию можно проводить через сутки, то есть 1 раз в двое суток.

Дискуссионным остается вопрос о сроках снятия лапаростомы. Ультразвуковыми критериями к снятию лапаростомы служит:

1. Свободная жидкость не лоцируется или лоцируется в следовом количестве (гипоэхогенные прослойки в латеральном канале 1-2мм)
2. Диаметр кишки уменьшился до 2,5-3,0 см. Стенка ее гиперэхогенна, толщиной не более 4-5 мм.
3. Снижение толщины передней брюшной стенки в зоне лапаростомы, повышение ее экзогенности.
4. Лоцируется перистальтика.

После закрытия лапаростомы необходимо продолжить динамический ультразвуковой контроль еще в течение 4-5 дней. Дальнейшая ультразвуковая картина во многом схожа с гладким типом течения послеоперационного периода по данным эхолокации. Единственным отличием является состояние стенки и диаметр кишки, которые несколько расширены и имеют более толстую стенку (диаметр около 2,5-3,0 см, толщина стенки-4мм).

Выводы. Несмотря на бытующее мнение, что наличие подлежащих под застежкой - "молния" салфеток, большое количество дренажей не позволяет выполнить ультразвуковое исследование таким больным, мы считаем, что достоверность УЗИ в этой группе составляет

96%, что практически равнозначно достоверности ультразвукового исследования у других больных в послеоперационном периоде. Ультразвуковые критерии в среднем на сутки опережают клинические данные. Данные, получаемые при УЗИ, коррелируют с клинической картиной и данными обсемененности брюшной полости, выявляемой при посевах из брюшной полости.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Дану М.И., Павлюк Г.В.

Молдавский государственный медицинский университет им. Н. Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Гнойно-септические осложнения являются одной из важнейших хирургических проблем у больных пожилого возраста с сахарным диабетом и сопутствующей патологией - циррозом печени, сердечно-сосудистой недостаточностью, индурагивным панкреатитом и др. У 65-75% развивается тяжёлая ишемия конечностей, приводящая в 15-25% случаев к ампутации, и занимающая 3-е место среди причин смерти у данных пациентов.

Цель. Усовершенствование метода диагностики и тактики лечения больных с гнойными септическими осложнениями у данных больных, разработка рекомендаций по оказанию хирургической помощи в процессе непрерывного лечения, совмещающая догоспитальный и госпитальный этапы.

Материал и методы. В нашей клинике в 2008-2009 гг. были обследованы 17 больных сахарным диабетом I-II ст. У 5-ти пациентов был цирроз печени, у 10-ти - воспалительно-нагноительные процессы нижних конечностей (флегмона, абсцесс), у 2-х гангрена стоп. Диагностика и лечебная тактика зависела от результатов проведённого комплексного обследования функций печени, реовазографии нижних конечностей, антибиотикограммы, УЗИ органов брюшной полости. Результаты реовазографии голени данных больных были 1,2 - 0,25 мл/100 г/мин, в среднем 0,56±0,02, при норме 0,76±0,03мл/100г/мин. Из 17 больных у 7 роста флоры не было, а у 10 - обнаружен "Staphylococcus Aureus" и "E. Coli". Интенсивная консервативная терапия (местная и общая) была направлена на коррекцию гиповолемии, циркуляторной гипоксии, гипопротинемии, ликвидацию нарушений водно-электролитного обмена, борьбу с инфекцией (из антибиотиков назначали Тиенам, Авалокс инфузионным методом), поддержание сердечно-сосудистой деятельности. Хирургическое лечение заключалось во вскрытии и дренировании флегмоны, абсцесса. Несмотря на комплексное лечение, на 8-10 день у 6-ти больных развилась картина острого холецистита на фоне гнойно-септических осложнений. Больные были прооперированы - холецистэктомия и дренирование брюшной

полости. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия и на 10 сутки при анализе крови на стерильность повторного роста флоры не обнаружено. Двоим больным с гангреной была произведена ампутация.

Результаты и обсуждение. Из 17 больных 2 умерли от печёночно-почечной недостаточности и кровотечения из вен пищевода на 10-е сутки с момента поступления в отделение. Остальные больные выписаны домой, взяты на учёт и им рекомендовано 1 раз в год проходить лечение в условиях стационара.

Результаты наших исследований показали, что разработан комплексный алгоритм в комбинации с антисептическим методом лечения, позволяющий эффективно воздействовать на источник воспалительного процесса, уменьшить риск развития гнойно-септических осложнений у данных больных.

Наши результаты показали, что у больных сахарным диабетом пожилого возраста, с сопутствующей патологией, при назначении антибиотиков третьего поколения, таких как, Тиенам и Аволокс, своевременно ликвидируются гнойно-септические осложнения.

Выводы. Проводимое нами лечение даёт возможность предупредить развитие гнойно-септических осложнений у больных сахарным диабетом. Исходя из наших наблюдений, доказано, что можно широко применять Тиенам и Аволокс в хирургической практике.

Литература:

1. Скрипниченко, Д. Ф. Комплексное лечение больных с поражением сосудов нижних конечностей при сахарном диабете / Д. Ф. Скрипниченко, Г. В. Ткачук // *Клин. хир.* - 1981. - № 7 - С. 47-48.
2. Аничков, М. Н. Лечение заболеваний артерий конечностей при сахарном диабете / М. Н. Аничков // *Клин. хир.* - 1979. - № 7 - С. 60-64.
3. Цацаниди, К. Н. Метеболическая основа энергетической недостаточности и роль питательной поддержки у больных циррозом печени / К. Н. Цацаниди, Г. В. Манукян // *Хирургия.* - 1990. - № 4. - С. 137-145.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Демидов А.И., Синкевич И.И., Бордаков В.Н., ГУ "432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Ультразвуковая диагностика послеоперационных интраабдоминальных осложнений воспалительно-гнойного процесса основывается на обнаружении скопления жидкости в анатомических областях брюшной полости, структурных и функциональных изменениях в тонкой и толстой кишке, брюшине. При этом диагностическая эффективность УЗИ составляет 88,3% при абсцессах брюшной полости. Сонографическое

исследование живота, более чем в 85% случаев позволяет получить подробную информацию о локализации источника воспаления и степени его распространенности, успешно осуществлять динамический контроль за лечением. В компьютерной томографии живота при подозрении на наличие послеоперационных осложнений брюшной полости нуждаются 20-25% больных. Особенно ценным является проведение КТ-исследования при недостаточной информативности сонографических данных у больных с подозрением на формирование инфильтрата или абсцесса брюшной полости.

Цель. Оценка эффективности ультразвукового исследования в лечении абсцессов брюшной полости

Материал и методы. В послеоперационном периоде абсцессы брюшной полости у 60 пациентов были выявлены с помощью ультразвукового исследования, а у 10 - компьютерной томографии (выполнялась для уточнения локализации).

Результаты и обсуждение. Пункция и дренирование под контролем УЗИ произведены 45 больным. У остальных больных выполнялась диагностическая сонография, а операция осуществлялась из лапаротомного доступа. У 35 пациентов оперативное вмешательство и дренирование полостей абсцессов проводилось традиционным способом - релапаротомией. У 21 (67,7%) больного вскрытие абсцесса осуществляли из кратчайшего расстояния над определяемыми с помощью ультразвукового исследования гнойными полостями. У 14 пациентов применялись классические доступы.

У 22 больных оперативное вмешательство было завершено дренированием полости абсцесса трехпросветной трубкой с последующим проведением аспирационно-промывного дренирования. У остальных 13 больных дренажные трубки устанавливались на пассивный отток. Пункция и дренирование абсцессов под контролем ультразвука проведены у 45 пациентов. Показанием к пункции гнойной полости при ультразвуковом исследовании служили размеры образования более 40 мм, а главным условием - визуализация кончика иглы в ходе манипуляции, что позволяло избежать ранения внутренних органов и крупных сосудов и обуславливало направленность и безопасность пункции. У 5 больных диаметр абсцесса был менее 50 мм, у 34 пациентов - 50-100 мм. У 6 пациентов - более 100 мм. Абсолютных противопоказаний к проведению чрескожного дренирования мы не выявили. Относительными противопоказаниями к пункции и дренированию считаем: несостоятельность межкишечных анастомозов с подтеканием содержимого в брюшную полость; необходимость дренирования тонкой кишки в условиях её пареза; наличие множественных межпетельных абсцессов. Из 45 больных, которым выполняли инвазивное вмешательство под контролем УЗИ, лишь у одного пациента не был достигнут положительный лечебный эффект. У остальных больных после санации очага на 2-е - 4-е сутки отмечалась нормализация температуры, снижение лейкоцитоза, улучшение общего состояния.

Выводы. Одним из рациональных путей повышения эффективности лечения больных с абсцессами брюшной полости является применение малоинвазивных вмешательств. В 64% случаев санация и дренирование внутрибрюшного очага инфекции могут быть осуществлены с помощью пункции под наведением УЗИ.

ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

*Деркачев В.С., Деркачева Н.В.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "Минская областная клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Для остеомиелитических поражений характерным являются наличие деструктивных процессов кости с образованием секвестров, разрастание грануляционной ткани и формирование свищевых ходов. Однако в определении размеров пораженного участка кости возникают трудности. Это особенно проявляется, когда секвестр еще не отделился от материнской костной ткани. Применяемое традиционно рентгенографическое исследование не позволяет оценить состояние окружающих мягких тканей и реакции на воспаление.

Цель. Улучшение диагностики остеомиелитических очагов.

Материал и методы. В центре остеомиелитов г. Минска наблюдались 8 пациентов с остеомиелитом костей нижних конечностей, которым дополнительно проведено МРТ исследование для определения границ поражения кости, секвестров, а также наличие гнойного содержимого.

Результаты и обсуждение. На полученных МР изображениях в сагитальной и аксиальной проекциях в T1 и T2-ВИ определялись очаги измененного МР сигнала. Секвестры визуализируются на МР-томограммах, как фрагменты низкоинтенсивного сигнала, грануляционная ткань имеет высокую степень интенсивности на T2-ВИ. Спустя неделю после травмы, можно было установить и область гнойных затеков.

Таким образом, при остеомиелитическом поражении МРТ-исследование позволяет, более четко, чем при обычной рентгенографии, визуализировать скопление гнойного экссудата, а также спланировать секвестрэктомию и послеоперационное ведение больного.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ

*Довгалевиц И.И., Мартинович А.В., Зайцев М.Ф.,
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "3-я клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Проблема лечения больных с гнойно-воспалительными осложнениями переломов конечностей в последние годы приобретает особую актуальность. Это связано с всё более широким применением имплантатов, ростом количества тяжелых сочетанных повреждений,

развитием антибиотикорезистентной микрофлоры и т.д. Социальная значимость связана с контингентом пациентов, большую часть которых составляют лица трудоспособного возраста. Лечение зачастую занимает значительное время и в трети случаев имеет неудовлетворительный исход. Если относительно санации гнойного очага и иммобилизации костных отломков достигнута определенная ясность, то касательно пластического закрытия костных дефектов сохраняются нерешенные задачи.

Цель. Улучшение исходов лечения пациентов с инфицированными несращениями и дефектами трубчатых костей путем стимуляции репаративной остеорегенерации.

Материал и методы. Объектом изучения были 198 пациентов с данной патологией, проходивших лечение в центре остеомиелитов с 1998 года. Лица трудоспособного возраста составили 78%.

Патологический процесс локализовался в большеберцовой - у 137 (71,4 %), бедренной - у 36 (18,75 %), плечевой костях - у 12 (6,25 %), костях предплечья - у 5 (2,6 %), ключице - у 2 (1,0%) пациентов.

Были выделены 2 клинические группы: в первую, контрольную, группу включено 165 пациентов, лечение которых проводилось по общепринятым методикам; во вторую, основную - 33 больных, получавших лечение по разработанному методу. Сформированные группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания, количеству перенесенных ранее операций, что позволило получить статистически достоверные данные.

Интенсивность репаративного остеогенеза в динамике лечения оценивалась по результатам рентгенологического и остеометрического методов исследования; по содержанию щелочной фосфатазы, Са и Р в сыворотке периферической крови. Остеометрию проводили с помощью продукта Photoshop CS3.

Больным обеих групп применена основная хирургическая тактика - радикальная хирургическая обработка очага с последующими мерами по восполнению полученного дефекта и сращению костных отломков.

В контрольной группе методы костной пластики включали трансплантацию: 1) фрагмента аутокости (из гребня подвздошной кости, из малоберцовой кости, транспозиция стенки полости); 2) формализованной губчатой аллокости; 3) деминерализованного костного трансплантата (ДКТ).

В основной группе (33 пациента), было выделено две подгруппы. В первой подгруппе (5 пациентов) было выполнено изолированное введение суспензии аутологичного костного мозга в место костного дефекта. Интенсивность репаративного остеогенеза не изменялась. Во второй подгруппе (28 пациентов) вводилась экспериментальная смесь.

Разработанная методика заключалась в трансплантации в место костного дефекта или несращения смеси: аутологичного костного мозга, измельченного ДКТ (ИДКТ), антибиотика и индуцирующих факторов роста кости.

Из мини-доступа производилась хирургическая подготовка ложа для введения подготовленной смеси.

Результаты и обсуждение. Данные исследований на 7-е сутки после операции в обеих группах существенно не отличались. К 14-м суткам в основной группе определялся участок просветления, уровень "маркеров остеогенеза" (Са, Р, ЩФ) повышался и нормализовался к 60 суткам. Сближение к 28-м суткам характеристик гистограмм зон патологического очага и интактной кости на фоне гиперкальциемии указывало у 28 пациентов основной группы на активацию репаративного остеогенеза. На 90-120 сутки восстанавливалась анатомическая структура. В контрольной группе к 120 суткам сохранялась неоднородность структуры регенерата, утолщение надкостницы, костно-мозговой канал не прослеживался.

Осложнения после трансплантации (некроз, несращение отломков, рефрактуры) и рецидив хронической инфекции отмечены в контрольной группе при использовании аллокости у 28 пациентов, аутокости - 9; в основной группе - осложнений не было.

Выводы. Трансплантация костного мозга, содержащего остеогенные клетки-предшественники и деминерализованного костного трансплантата, служащего индуцируемой матрицей костеобразования, позволяет сократить сроки восстановления функциональной пригодности конечности и снизить вероятность рецидива инфекции.

Выводы. Трансплантация костного мозга, содержащего остеогенные клетки-предшественники и деминерализованного костного трансплантата, служащего индуцируемой матрицей костеобразования, позволяет сократить сроки восстановления функциональной пригодности конечности и снизить вероятность рецидива инфекции.

ПРОБЛЕМА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Дундаров З.А., Адамович Д.М.,
Рубанов Л.Н., Клецкова И.К.

УО "Гомельский государственный медицинский университет",

УЗ "Гомельский областной эндокринологический диспансер",

г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на значительные достижения в области изучения патогенеза СД и его осложнений, количество ампутаций ног при диабете продолжает нарастать [1, 2]. Каждый час в мире происходит 55 ампутаций нижних конечностей у больных СД. Финансовые затраты на одного пациента в послеоперационном периоде возрастают параллельно высоте ампутации.

Таблица 1. Структура оперативных вмешательств на нижних конечностях у пациентов с СД

Год	Кол-во пациентов с СД, абс.	Количество ампутаций за год, абс. (%)				
		Всего	Палец	Стопа	Голень	Бедро
2004	24987	436 (100)	185 (43)	31 (7)	62 (14)	158 (36)
2005	27116	470 (100)	194 (41)	38 (8)	61 (13)	177 (38)
2006	28649	496 (100)	207 (42)	46 (9)	64 (13)	179 (36)
2007	29992	493 (100)	210 (43)	47 (9)	67 (14)	169 (34)
2008	32126	527 (100)	238 (45)	46 (9)	68 (13)	175 (33)
2009	33936	558 (100)	243 (44)	42 (7)	79 (14)	194 (35)

Таблица 2. Характеристики качества модели

Коэффициент	Значение	Стандартная ошибка	t	p _r	R ²	F	p
b ₀	0,7878	0,1123	7,015	0,002	0,789	14,95	0,018
b ₁	-1,0145	0,2626	-3,867	0,018			

Цель. Проанализировать оперативную активность и структуру операций у пациентов с гнойно-некротическими поражениями синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. Для анализа изменения числа пациентов, страдающих СД, и характера выполненных операций на нижних конечностях при синдроме диабетической стопы изучены данные отчетов кабинета диабетической стопы УЗ "ГОЭД" в период с 2004 по 2009 годы. Для статистической обработки материала использован статистический пакет R v.2.10.1.

Результаты и обсуждение. При статистической обработке данных УЗ ГОЭД на протяжении последних 5 лет отмечено увеличение количества пациентов, страдающих СД, с 24987 в 2004 г. до 33936 человек. По состоянию на декабрь 2009 г. прирост составил - 35,8%. Медиана количества пациентов, страдающих СД, за указанный период составила 29320,5.

Ежегодно около 1,6% (медиана - 1,68%) данных пациентов подвергаются ампутациям на различном уровне нижней конечности по поводу гнойно-некротических поражений. Если в 2004 году у пациентов с синдромом диабетической стопы за год было выполнено 436 ампутаций на различном уровне, то в 2009 г. их количество увеличилось на 27,9% и составило 558 операций, медиана общего количества ампутаций на протяжении изучаемого периода составила 494,5 в год (таблица 1).

Была выявлена прямая сильная статистически значимая взаимосвязь ($r_s=0,94$; $p=0,017$) количества пациентов с СД и количества ампутаций, выполняемых при синдроме диабетической стопы, который является одним из осложнений данного заболевания.

При корреляционном анализе структуры оперативных вмешательств была выявлена сильная обратная статистически значимая взаимосвязь между долей экзартикуляций пальцев и долей ампутаций бедра в структуре изучаемых оперативных вмешательств ($r_s=-0,88$; $p=0,033$). Была построена линейная регрессионная модель вида: $y = b_0 + b_1 \cdot x$, где x - доля экзартикуляций пальцев, y - доля ампутаций бедра, b_0 и b_1 - рассчитанные коэффициенты. Параметры, позволяющие оценить качество модели, приведены в таблице 2.

Выводы. Количество пациентов с СД и его осложнениями в Гомельской области увеличивается. В структуре операций более одной трети составляют ампутации на уровне бедра. Этот показатель находится в обратной взаимосвязи с количеством "малых" операций, что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования методов ранней диагностики и лечения гнойно-некротических поражений синдрома диабетической стопы.

Литература:

1. Комплексное лечение больных с синдромом диабетической стопы / А. Н. Косинец [и др.] // Вестн. ВГМУ. 2003. - Т. 2, № 7. - С. 47-55.
2. Чур, Н. Н. Этиология, патогенез, классификация и хирургическое лечение синдрома диабетической стопы / Н. Н. Чур // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. - 2003. - № 4. - С. 42- 46.

СТРУКТУРА ВПЕРВЫЕ ВЫПОЛНЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Дундаров З.А., Адамович Д.М.,
Рубанов Л.Н., Клецкова И.К.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
УЗ "Гомельский областной эндокринологический диспансер",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Синдром диабетической стопы представляет собой одно из наиболее проблематичных в плане лечения осложнений сахарного диабета (СД). У 20-25% пациентов развиваются гнойно-некротические поражения нижних конечностей, которые нередко являются первым проявлением СД. От 40 до 70% всех нетравматических ампутаций в мире производится у больных СД [1]. В послеоперационном периоде возникают осложнения в 30 - 37% случаев. При этом летальность колеблется от 28 до 40%, а пятилетняя выживаемость 25 - 40% [2].

Цель. Проанализировать структуру впервые выполненных оперативных вмешательств у пациентов с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы в период с 2004 по 2009 гг.

Материал и методы. Для анализа характера впервые выполненных резекционных операций при синдроме диабетической стопы с СД были изучены данные отчетов кабинета "Диабетическая стопа" Гомельского областного эндокринологического диспансера за последние 5 лет в периоде с 2004 г. по декабрь 2009 г. Статистическая обработка материала проведена с использованием статистического пакета R v.2.10.1 (R Development Core Team, Vienna, Austria).

Результаты и обсуждение. В г. Гомеле и Гомельской области зарегистрировано увеличение количества пациентов, страдающих СД на 8949 человек, (медиана - 1810 в год). Количество резекционных операций на нижних конечностях за этот период у пациентов с первично выявленным сахарным диабетом, несмотря на увеличение среди всех зарегистрированных пациентов в УЗ ГОЭД на 122 операции (28%), имеет тенденцию в последние 3 года к снижению (таблица).

В группе пациентов с впервые зарегистрированными
Таблица. Структура операций на нижних конечностях при синдроме диабетической стопы

Год	Ампутации впервые зарегистрированные, абс. (% от всего)					Всего ампутаций у больных с СД, абс. кол.
	Палец	Стопа	Голень	Бедро	всего	
2004	40 (43)	1 (1)	7 (7)	46 (49)	94	436
2005	49 (39)	9 (7)	16 (13)	51 (41)	125	470
2006	51 (37)	13 (9)	18 (13)	57 (41)	139	496
2007	47 (50)	9 (10)	6 (6)	32 (34)	94	493
2008	51 (52)	7 (7)	5 (5)	36 (36)	99	527
2009	35 (42)	9 (11)	18 (21)	22 (26)	84	558

операциями обнаружена сильная обратная статистически значимая взаимосвязь ($r=-0,83$; $p=0,037$) между долей ампутаций на уровне стопы и долей ампутацией на уровне бедра. Также у данных пациентов отмечено статистически значимое уменьшение шансов развития гнойно-некротического процесса, требующего ампутации на уровне бедра (ОШ=0,372; ДИ 95% [0,186-0,728]).

Выводы. У пациентов с впервые зарегистрированными операциями наблюдалось уменьшение шансов развития гнойно-некротического процесса, требующего ампутации на уровне бедра, что можно связать с повышением уровня и улучшением качества оказания помощи данной категории пациентов - с началом работы кабинета подиатра в УЗ ГОЭД в, а также созданием центра "Диабетическая стопа" на базе ГПЦКБ в 2009 году.

Литература:

1. Перспективы лечения больных с синдромом диабетической стопы / В. А. Гольбрах [и др.] // *Вестн. хирургии.* - 2003. - Т. 164, № 4. - С. 113-116.

2. Комплексное лечение больных с синдромом диабетической стопы / А. Н. Косинец [и др.] // *Вестн. ВГМУ.* - 2003. - Т. 2, № 3. - С. 47-55.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОКАРБОПЕРФУЗИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Казаков Ф.И., Кирковский В.В., Старостин А.В.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет", Лаборатория гемо- и лимфосорбции
ЦНИЛ, г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В 90-е годы 20-го столетия метод гемокарбоперфузии получил широкое распространение в клинической практике лечебно-профилактических учреждений Советского Союза, многолетний опыт использования и включения в комплексное лечение которой не теряет своей актуальности и в настоящее время. Наша страна занимала лидирующее положение в мире в данном направлении практического здравоохранения [1]. Несмотря на успехи отечественного здравоохранения, широкое использование гемокарбоперфузии у больных, резистентных к традиционным методам лечения, в связи с отсутствием на территории республики промышленного выпуска массообменных устройств данного типа, практически невозможно.

Цель. Создание массообменных устройств для гемокарбоперфузии однократного применения с последующим их использованием в комплексном лечении больных с гнойно-септической патологией.

Материал и методы. Для решения данной проблемы решено изучить возможность использования корпусов гемодиализаторов различных типоразмеров, с фильтрами - делителями с размерами пор 0,1 мкм, полученными в процессе изготовления диализаторов. С помощью специального стенда путем перфузии физиологического раствора через различные типоразмеры и с разной скоростью изучена равномерность распределения жидкости

через данные фильтры. Гемокарбоперфузия с использованием массообменных устройств проводилась согласно методическим рекомендациям "Экстра- и интракорпоральные методы коррекции гомеостаза в клинической практике", утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь 14.07.1999 г. [2].

Результаты и обсуждение. Корпус массообменного устройства на 100% состоит из поликарбоната. Поликарбонат отвечает всем требованиям, предъявляемым к подобным изделиям медицинской техники: хорошей гемосовместимостью, гидрофобностью, нетоксичен, ударо- и термоустойчив. Благодаря прозрачности материала предоставляется хорошая возможность визуального контроля проведения гемокарбоперфузии. Разработанные корпуса массообменных устройств цилиндрической формы представлены в 5-ти различных объемах от 130 до 450 мл. В зависимости от объема корпуса соотношение длины к диаметру меняется от 5:1 до 10:1. Каждый корпус устройства оснащен двумя фильтрами-делителями потока крови, функциональное значение которых состоит в повышении эффективности проведения гемосорбции за счет равномерного заполнения кровью шихты гемосорбента. Фильтры-делители потока крови выполнены в виде тонкой пластины из полимера, цилиндрической формы, в которой находится около 10 тысяч отверстий диаметром $0,1\pm 0,05$ мм. В доклинических исследованиях массообменные устройства испытывались в условиях, имитирующих реальные клинические: гепаринизация, скорость проведения перфузии, время перфузии и др. Для проведения медицинских испытаний массообменного устройства для гемоперфузии применялся используемый в лечебных учреждениях России и разрешенный для медицинского применения в ЛПУ Беларуси гранулированный углеродный покрытый тефлоном гемосорбент "Тэтра" [3].

Первый опыт клинического применения массообменных устройств "Гемосбел" в комплексном лечении больных с разлитым гнойным перитонитом показал хороший клинический эффект, заключающийся в постепенном сокращении клинических признаков синдрома эндогенной интоксикации, уменьшение сроков послеоперационного периода, снижение уровня послеоперационной летальности.

Выводы. Включение гемокарбоперфузии в комплексное лечение больных с гнойно-септическими заболеваниями с использованием разработанного нами массообменного устройства однократного применения позволяет значительно улучшить результаты лечения больных данной категории. У пациентов с тяжелой эндогенной интоксикацией на почве гнойно-септической патологии в постсорбционном периоде достигнут выраженный положительный клинический эффект. Гемодинамических осложнений во время и после проведения гемокарбоперфузии отмечено не было.

Литература:

1. Кирковский, В. В. Детоксикационная терапия при перитоните / В. В. Кирковский. - Минск: Полифакт-Альфа, 1997. - С. 89-100.

2. Экстра- и интракорпоральные методы коррекции гомеостаза в клинической практике: Методические рекомендации; утв. МЗ Респ. Беларусь 14.07.1999.

3. Эфферентная терапия / под ред. А. П. Костюченко. - СПб.: Фолиант, 2003. - 432 с.

КОРРЕКЦИЯ АМИНОКИСЛОТНОГО ДИСБАЛАНСА ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Климович И.И., Дорошенко Е.М.,
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Изменения артерий при атеросклерозе усугубляются при сахарном диабете (СД) и соответствующих метаболических сдвигах, повышающих частоту гнойно-септических осложнений. Частью эффективной терапии атеросклероза является метаболическая коррекция аминокислотами и их производными, к числу которых относится таурин (Тау), оказывающий гиполипидемическое и антиоксидантное действие и устраняющий аминокислотный дисбаланс. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (ОАСНК) характеризуется выраженным аминокислотным дисбалансом, проявляющимся обеднением пула серусодержащих и гликогенных аминокислот. Одной из задач лечения осложненных форм синдрома диабетической стопы (СДС) является снижение частоты гнойно-септических осложнений и инвалидизации, уменьшение процента высоких ампутаций.

Цель. Улучшение результатов лечения больных ОАСНК, страдающих СД путём целенаправленной коррекции аминокислотного дисбаланса.

Материал и методы. В исследование включены 37 больных ОАСНК в возрасте от 45 до 75 лет, страдающие СД. 10 больным ОАСНК II ст., страдающим СД II типа средней тяжести и СДС (ишемическая форма - 7 больных, смешанная - 3 больных) выполнялись малые ампутации пальцев стопы (6), стопы (2), на уровне голени (2). 27 больных ОАСНК II ст., страдающих СД (14 - легкая форма, 13 - средней тяжести), получали консервативную терапию, в том числе 8 больным в дополнение к традиционной терапии назначали таблетки Тау (0,5 - по 1 табл. 3 р. в день). Содержание свободных аминокислот и их производных в хлорнокислых экстрактах плазмы крови определяли методом ионообменной хроматографии.

Результаты и обсуждение. Проявлениями метаболического дисбаланса при ОАСНК II ст. и СД были дефицит серусодержащих и гликогенных аминокислот, аминокислот с разветвленной углеводородной цепью (АРУЦ), которые традиционная терапия ОАСНК у больных с СДС не устраняла. После включения Тау в схему лечения больных болевой синдром купировался в среднем через $7,1 \pm 1,2$ дня, а у больных контрольной группы - через $10,8 \pm 1,3$ дня ($p < 0,05$). Сроки пребывания в стационаре составили соответственно: $27,4 \pm 2,9$ и $33,2 \pm 2,0$ дня. После повторного поступления из 6 больных, не получавших Тау, трем, а из 5 больных, получавших Тау, одному больному были выполнены высокие ампутации. Компенсация углеводного обмена у больных, получавших Тау, достигалась дозой инсулина $42,1 \pm 2,9$ ед., не получавших - $48,2 \pm 2,5$ ед. Назначение Тау способствовало ликвидации аминокислотного дисбаланса: нормализовало показатели фонда серусодержащих аминокислот, повышало

концентрации аспарагина и глутамина, содержание АРУЦ и гликогенных аминокислот.

При ишемически-ангренозной и смешанной формах СДС на фоне ОАСНК выполнена экономная ампутация гангренозно измененных пальцев и некротических участков стопы с вапоризацией сфокусированным лучом CO₂-лазера (30-40 Вт/см² сканирующим способом) и свободной аутодермопластикой расщепленным кожным лоскутом при невозможности наложить первичные или вторичные швы. Всем этим больным назначали Тау. Рану вели открытым способом или накладывали редкие швы. После лазерной обработки раны болей практически не наблюдали, а болевой синдром, имевшийся до операции, купировался после нее, рост микрофлоры наблюдался только у 22% больных (преимущественно смешанная кокковая флора), в то время как до операции - E. coli, а также неспорообразующие анаэробы. У всех больных удалось избежать высоких ампутаций. Болевой синдром купировался у больных, получавших Тау, раньше на 3-4 дня.

Выводы. Применение таурина при ОАСНК и СД способствует улучшению объективного статуса, сокращению сроков пребывания больных в стационаре и снижению процента ампутации конечностей, ликвидации аминокислотного дисбаланса, нормализации гликемии, снижению дозы вводимого инсулина. Лазерная обработка раны при гнойно-некротической форме СДС способствовала снятию болевого синдрома, ускорению регенерации раны, возможности раньше и в лучших условиях наложить вторичные швы.

Литература:

1. Melissa, F. G. Green Diabetic foot: Evaluation and management / F. G. Melissa, A. Zarrintaj, T. Bryan // South Med. J. - 2002. - Vol. 95, N 1. - P. 95-101.
2. Возможности комплексного хирургического лечения гнойно-некротических поражений нейроишемической формы синдрома диабетической стопы / В. А. Митиш [и др.] // Сахарный диабет. - 2009. - № 1. - С. 8-13.
3. Викулова, О. К. Стандарты оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом Американской диабетической ассоциации: пересмотр 2009 года (краткое содержание) / О. К. Викулова // Сахарный диабет. - 2009. - № 1. - С. 71-75.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ПЕРИТОНИТА, ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ

Корик В.Е., Жидков С.А., Трухан А.П.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В четко сформулированной программе лечения острого распространенного гнойного перитонита существует слабое звено - это санация брюшной полости [1, 3]. Чаще всего к летальному исходу в послеоперационном периоде приводит нарастающая интоксикация, поддерживаемая некупируемым перитонитом и

порезом кишечника [2]. Оценка качества санации брюшной полости во время операции является тяжелой задачей требующей большого опыта оператора. На современном этапе развития хирургии не разработаны четкие, объективные критерии и методы оценки качества проводимой санации.

Цель. Оценить выраженность воспалительных изменений в брюшной полости у пациентов умерших от перитонита.

Материал и методы. Проведен анализ 60 протоколов аутопсии пациентов, оперированных по поводу распространенного гнойного и калового перитонита, проходившим лечение в УЗ "2 ГКБ" г. Минска в период с 2000 по 2008 г. Мужчин было 24, средний возраст 63 года (от 41 до 84 лет), женщин - 36, средний возраст 71 год (от 34 до 93). Санационные релапаротомии проводились в 7 случаях (11,67%). Причинами перитонита в 26 случаях (43%) явился распадающийся рак ободочной кишки, в 8 случаях (13,3%) - прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, рак прямой кишки явился причиной перитонита в 5 случаях (8,3%), ЖКБ, холедохолитиаз, гнойный холангит явились причиной перитонита также в 5 случаях (8,3%), криптогенный перитонит выявлен у 2 пациентов (3,3%), в остальных случаях причиной перитонита явились травмы полых органов брюшной полости и хронические заболевания толстой кишки (НЯК, дивертикулез, копростаз и др.). У 43 пациентов (71,7%) при аутопсии выявлены хронические заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, АГ, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз). У 14 пациентов (23,3%) - заболевания органов дыхания (ХОБЛ, пневмония, хронический бронхит, туберкулез легких, эмфизема). Со стороны ЖКТ патология выявлена у 13,3% пациентов (хронический панкреатит, ЖКБ).

Результаты и обсуждение. Из 60 пациентов, которым выполнялось оперативное вмешательство, на вскрытии явление перитонита были купированы только у 9 (15%), у остальных 51 пациента (85%) перитонит сохранялся или прогрессировал. Причинами смерти в 9 случаях, не связанных с перитонитом, явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, ТЭЛА, бронхопневмония, респираторный дистресс-синдром, ДВС-синдром. Признаками продолжающегося или прогрессирующего перитонита были выраженные воспалительные изменения на париетальной и висцеральной брюшине, наличие перитонеального экссудата или скопления гноя в отлогих местах, либо множественные абсцессы. Эти же данные подтверждались гистологическими исследованиями. Таким образом, несмотря на адекватно проведенную операцию с удалением источника инфекции, интраоперационную, а в некоторых случаях и программируемую санацию брюшной полости, современную мощную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, добиться положительного результата лечения пациентов не представилось возможным.

Выводы. Оценка выраженности воспалительных изменений брюшины во время операции является сложной и требующей дальнейшего изучения задачей. Методы интраоперационной санации брюшной полости требуют дальнейшего совершенствования и разработки методик оценки их качества.

Литература:

1. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции / под. ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. - М., 2003. - 185 с.
2. Савельев, В. С. Перитонит: практическое рук. / В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд, М. И. Филимонов. - М.: Литера, 2006. - 208 с.
3. Жидков, С. А. Выраженность энтрогенной интоксикации и прогностическая летальность при тяжелых формах перитонита у больных разных возрастных групп / С. А. Жидков, А. П. Трухан // Мед. новости. - 2009. - № 10. - С. 60-62.

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА РЕАМБЕРИНА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Косинец В.А., Матусевич Е.А., Адаменко Г.П.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. Важную роль в развитии и течении распространенного гнойного перитонита играет состояние иммунной системы [1]. Биоэнергетические процессы являются ключевой составляющей функционирования всех клеток организма, в том числе и иммунокомпетентных [2]. Изменения иммунной системы при распространенном гнойном перитоните носят протективный, компенсаторный или патологический характер. В то время как в системе энергетического гомеостаза, в основном, наблюдается дефицит образования АТФ на уровне окислительного фосфорилирования в митохондриях клеток [3].

Цель. Изучить возможность применения для иммунокоррекции препарата "Реамберин", содержащего янтарную кислоту, у больных распространенным гнойным перитонитом.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 27 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненными распространенным гнойным перитонитом (токсическая стадия). Все обследованные больные были разделены на две группы.

Контрольная группа - 12 больных, комплексное лечение которых проводилось по общепринятой схеме: промывание брюшной полости антисептиками; декомпрессия желудочно-кишечного тракта; дренирование брюшной полости; антибактериальная терапия с учетом воздействия на микрофлору; инфузионно-трансфузионная терапия.

Основная группа - 15 больных, в комплексное лечение которых был включен препарат "Реамберин", содержащий янтарную кислоту.

Препарат вводился внутривенно капельно 400-800 мл в сутки, в зависимости от степени тяжести заболевания. Инфузионную терапию начинали сразу после завершения оперативного вмешательства в условиях реанимации.

Таблица 1. Индекс миграции нейтрофилов крови больных распространенным гнойным перитонитом

Исследуемые клетки	Митоген	Норма (n=17)	Индекс миграции нейтрофилов					
			Контрольная группа		Основная группа		Оси основная группа	
			1-е сутки после операции (n=12)	3-е сутки после операции (n=12)	5-е сутки после операции (n=12)	1-е сутки после операции (n=15)	3-е сутки после операции (n=15)	5-е сутки после операции (n=15)
Моноциты	ФГА	1,02±0,04	0,98±0,05	0,96±0,04	0,99±0,07	1,01±0,04	1,05±0,06	0,97±0,04
	ЛПС E.coli	1,30±0,06	1,48±0,05	1,45±0,06	1,42±0,04	1,57±0,07	1,30±0,04	1,24±0,03
			p1<0,0001	p1<0,0001	p1<0,0001	p1<0,0001	p2<0,0001	p2<0,0001

p1 - статистически достоверно по сравнению с нормой.

p2 - статистически достоверно по сравнению с аналогичными сутками контрольной группы.

Курс лечения составлял 5 дней. В контрольной группе в качестве плацебо вводился физиологический раствор NaCl 0,9% в том же объеме.

На 1-е, 3-и, 5-е сутки выполнялся забор крови. Из гепаринизированной крови выделяли мононуклеарную фракцию с последующей стимуляцией ее продуктивной активности митогенами ФГА (фитогемагглютинин) и ЛПС (липополисахарид E.coli) и подсчетом индекса миграции нейтрофилов.

За норму были приняты показатели здоровых добровольцев-доноров (n=17).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0 с подсчетом критерия Стьюдента. Данные считались достоверными при p<0,05.

Результаты и обсуждение. Установлено, что моноциты крови больных контрольной группы в ответ на стимуляцию ЛПС, но не ФГА, усиливают миграционные свойства нейтрофилов. Индекс миграции нейтрофилов (ИМН) в контрольной группе был достоверно (p<0,001) выше, по сравнению с нормой 1,30±0,06, и составил на 1-е, 3-и и 5-е сутки послеоперационного периода 1,48±0,05, 1,45±0,06 и 1,42±0,04 соответственно (таблица).

У больных основной группы, в комплексное лечение которых был включен препарат "Реамберин", на 1-е сутки послеоперационного периода ИМН был достоверно (p<0,001) выше нормы и составил 1,57±0,07. В последующие сутки отмечалось достоверное (p<0,001) снижение, по сравнению с контрольной группой, цитокинпродуцирующей функции моноцитов. На 3-и и 5-е сутки послеоперационного периода ИМН в основной группе составил 1,30±0,04 и 1,24±0,03 соответственно и не отличался от уровня нормы.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о наличии у препарата "Реамберин", содержащего янтарную кислоту, иммунокорректирующих свойств, что выражается в интенсивной нормализации функциональных свойств моноцитов крови больных распространенным гнойным перитонитом.

Литература:

1. Ефименко, Н. А. Иммунопатогенез и концепция современной иммунотерапии перитонита у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота / Н. А. Ефименко, В. Е. Розанов, А. И. Болотников. - М.: ООО "АВТОГРАФ", 2008. - 302 с.
2. Kominsky, D. J. Metabolic shifts in immunity and inflammation / D. J. Kominsky, E. L. Campbell, S. P. Colgan // J. Immunol. - 2010. - Vol. 184, N 8. - P. 4062-4068.
3. Harrois, A. Alterations of mitochondrial function in sepsis and critical illness / A. Harrois, O. Huet, J. Duranteau // Curr. Opin. Anaesthesiol. - 2009. - Vol. 22, N 2. - P. 143-149.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кравцевич Л.А.

УО "Гродненский государственный медицинский университет",

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (ЧЛО) остается актуальной, занимая одно из первых мест в челюстно-лицевой хирургии. Непроходящий интерес и постоянное внимание хирургов к этой проблеме объясняется прежде всего тем, что продолжается неуклонный рост числа больных с гнойными заболеваниями [1]. Более того, увеличилось число таких грозных осложнений воспалительного процесса ЧЛО, как медиастинит, сепсис, внутричерепные осложнения [2]. Эта проблема имеет не только клиническое, но и существенное социальное значение в связи с большим числом пациентов трудоспособного возраста и длительными сроками их лечения.

В настоящее время предложено огромное количество средств и методов лечения ран, суть которых сводится к одному - добиться подавления микрофлоры, сократить течение фаз регенерации и заживления ран в минимальные сроки. С этих позиций особый интерес вызывают низкоэнергетические лазеры.

Цель. Изучение влияния низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на раневой процесс при гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛО.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 52 пациента (38 мужчин и 14 женщин) с флегмонами ЧЛО в возрасте от 16 до 70 лет, поступивших на стационарное лечение на 4-10 день от начала заболевания. До 20 лет было 7 (13,5%), от 21 до 40 лет - 27 (51,9%), от 41 до 60 - 14 (26,9%), свыше 60 лет - 4 (7,7%). Большинство пациентов составили лица трудоспособного возраста. Это подчеркивает социальную значимость этой проблемы. У 19 (36,5%) больных гнойно-воспалительный процесс распространялся на 1 клетчаточное пространство, у 33 (63,5%) пациентов на 2 и более клетчаточных пространств. В комплексе лечебных мероприятий основным методом у всех больных было оперативное лечение по экстренным показаниям - широкое вскрытие и дренирование гнойных очагов и санации источника инфекции. Медикаментозная терапия включала антибактериальные, противовоспалительные десенсибилизирующие и дезинтоксикационные средства. В зависимости от метода местного лечения все больные были разделены на 2 группы сопоставимые по полу, возрасту, распространенности, тяжести течения, сопутствующим заболеваниям. 1-ю группу составили 22 (42,3%), 2-ю - 30 (57,7%) больных. У пациентов 1-й группы гнойную рану ежедневно промывали растворами диоксида, хлоргексидина, 3% раствором перекиси водорода. У пациентов 2-й

группы в местном лечении дополнительно использовали НИЛИ аппаратом лазерным терапевтическим Родник-1 (Беларусь) с длиной волны 670-20 нм, плотность мощности лазерного излучения 120-150 мВт/см², время экспозиции 5-10 мин. Перевязки и лазерное излучение проводили ежедневно. Для оценки эффективности действия НИЛИ использовали данные клинических и лабораторных исследований.

Результаты и обсуждение. Клинические наблюдения показали, что во второй группе, где в комплексе лечения местно применяли НИЛИ, значительно быстрее ликвидировались местные и общие проявления заболевания, чем у лиц контрольной группы. В результате местного применения НИЛИ удалось сократить такие клинические показатели как размер и сроки рассасывания инфильтрата (в среднем на 2 суток), ускорить очищение раны от гнойно-некротического отделяемого (на 1 сут), ускорить появление грануляций (в среднем на 2 сут), улучшение самочувствия (на 2-3 сут). Данные цитологического исследования в мазках отпечатках с поверхности ран показывают, что при местном воздействии НИЛИ происходит оптимальное формирование нейтрофильного и моноцитарного барьеров, повышение фагоцитарной активности макрофагов. Следовательно, все в совокупности позволяет сократить количество койко-дней, затраченных на лечение пациентов с флегмонами ЧЛО.

Выводы. Приведенные данные показывают, что НИЛИ потенцирует положительное действие консервативного и хирургического лечения у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО. Это позволяет сократить продолжительность лечения и соответственно снизить сроки нетрудоспособности пациентов.

Литература

1. Робустова, Т. Г. Одонтогенные воспалительные заболевания: руководство для врачей / Т. Г. Робустова; под ред. Т. Г. Робустовой. - М.: Медицина, 2006. - 664 с.
2. Фомичев, Е. В. Диагностика и лечение атипично текущих гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Е. В. Фомичев, Т. Г. Робустова // Рос. стомат. журн. - 2003. - № 4. - С. 18-21.

МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАМИ

Кубраков К.М., Акуленок А.В.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Развитие фармации и создание новых антибактериальных препаратов не позволили до конца решить проблему лечения гнойных менингоэнцефалитов (МЭ) у нейрохирургических больных. Летальность при МЭ составляет около 25-30%. Основным методом

подтверждения диагноза является исследование ликвора. Тяжесть течения МЭ определяется на основании результатов общего анализа ликвора, крови, состояния больного. В литературных источниках отсутствуют данные о прогнозах течения и исходах у нейрохирургических больных с МЭ.

Цель. Разработать критерии выделения нейрохирургических больных с высоким риском летального исхода при гнойных МЭ.

Материал и методы. Обследовано 127 больных с гнойным МЭ. Пациенты находились в нейрохирургическом отделении УЗ "ВОКБ" по поводу закрытой тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) 59 больных, открытой ТЧМТ 48, опухоли головного мозга 14, острого нарушения мозгового кровообращения 6 пациентов. По срокам госпитализации больные были разделены на две группы: ретроспективная группа (1999 - 2002 гг.) - 84 пациента, контрольная (2002 - 2005 гг.) - 43.

В динамике исследовали ликвор (давление и цвет жидкости, содержание белка, глюкозы, цитоз, лейкоформула), кровь (общий анализ, С - реактивный белок), ЭКГ.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 6.0. (StatSoft, USA). Модели для прогнозирования вероятности наступления события, по имеющимся данным (факторам риска), строили с применением логистического регрессионного анализа. Этапы построения модели прогноза включали: анализ ассоциаций исходов (зависимого признака) с каждым из независимых признаков; отбор наиболее сильных достоверных ассоциаций; построение модели прогноза в виде регрессионного уравнения; проверка работоспособности модели на больных контрольной группы.

Результаты и обсуждение. С помощью корреляционного анализа Спирмена выделены показатели, которые были достоверно ассоциированы с летальным исходом у нейрохирургических больных с МЭ (ретроспективная группа), при пошаговом регрессионном анализе определены пороговые значения выделенных количественных показателей. Они включали наличие ушиба головного мозга тяжелой степени (УГМ) (показатель корреляции Спирмена $r=0,34$; $p<0,01$), наличие ишемической болезни сердца (ИБС) ($r=0,29$; $p<0,01$), содержание лейкоцитов в периферической крови ($r=0,37$; $p<0,01$) (ЛЕЙ) $9,3 \cdot 10^9/л$; относительное содержание палочкоядерных нейтрофилов в крови ($r=0,64$; $p<0,001$) (П) 7%; относительное содержание лимфоцитов в крови ($r=-0,58$; $p<0,001$) (Л) 19%; скорость оседания эритроцитов ($r=0,59$; $p<0,001$) (СОЭ) 40 мм/ч; количественное содержание белка в ликворе ($r=0,50$; $p<0,001$) (Бл) 3,77 г/л; относительное содержание нейтрофилов в ликворе ($r=0,45$; $p<0,01$) (Нл) 75%; относительное содержание лимфоцитов в ликворе ($r=-0,49$; $p<0,01$) (Лл) 26%.

Далее с помощью логистического регрессионного анализа [1] была построена математическая модель краткосрочного прогноза летального исхода у нейрохирургических больных с МЭ: $K_{мэ} = -4 + 1 \cdot УГМ + 0,99 \cdot ИБС + 0,55 \cdot ЛЕЙ + 1,48 \cdot П + 0,83 \cdot Л + 0,69 \cdot СОЭ + 1,9 \cdot Бл + 0,54 \cdot Нл + 0,54 \cdot Лл$; $Y = \exp K_{мэ} / (1 + \exp K_{мэ})$, где Y - вероятность развития летального исхода у нейрохирургических больных с послеоперационными МЭ; (\exp - экспоненциальная функция).

При значениях показателя Y, рассчитанного по вышеописанной формуле, более 0,6 риск летального исхода считается высоким. Этой категории больных необходимо увеличивать объемы интенсивной терапии и применять комбинированные методы введения антибактериальных препаратов.

Для определения чувствительности, специфичности модели был определен риск летального исхода в контрольной группе. Чувствительность модели составила 65%; специфичность - 90%; показатель хи-квадрат (χ^2) 100,5; $p<0,0001$.

Выводы.

1. Определены основные показатели, при которых отмечается наиболее высокая вероятность летальных исходов у нейрохирургических больных с гнойными менингоэнцефалитами.

2. Разработана высокоспецифичная модель краткосрочного прогноза вероятности летального исхода у нейрохирургических больных с послеоперационными менингоэнцефалитами.

Литература.

1. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных / О. Ю. Реброва. - М.: Медиа Сфера, 2002. - 312 с.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПО ЧЕРНОВИЦКОМУ РЕГИОНУ

Ликсутов Е.А., Сидорчук Р.И., Полянский О.И., Бурега А.С., Сидорчук Л.П., Павлович Х.В. Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) в настоящее время является наиболее тяжелым из всех осложнений сахарного диабета. Диабетическая язва стопы, гангрена и ампутация приносят огромный ущерб здоровью, снижают качество жизни больных и сопровождаются значительными экономическими затратами. Поздняя диагностика, неадекватное лечение, а также отсутствие налаженной системы междисциплинарной помощи приводят к высокому числу неоправданных ампутаций при СДС [1, 2].

Цель. Определение структуры заболеваемости больных сахарным диабетом с инфекциями стоп, находившихся на лечении в клинике общей хирургии Буковинского государственного медицинского университета.

Материал и методы. В связи с поставленными задачами обследовано 95 больных с сахарным диабетом I и II типа с инфекциями стоп, госпитализированные в клинику в 2008-2010 гг. Обследование всех пациентов проводили по программе, состоящей из клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики. Для определения характера и объема поражения нижних конечностей использовали: рентгенографию, дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей. Объем поражения тканей стопы оценивали по классификации Wagner, а выраженность ишемии нижней конечности по

Fontaine-Покровскому.

Результаты и обсуждение. Заболеваемость СДС у мужчин достоверно выше, чем у женщин (54% и 46% соответственно). Возраст больных варьировал от 24 года до 84 лет (средний возраст составил $58,9 \pm 5,4$). Большинство госпитализированных пациентов с сахарным диабетом находятся в возрастной группе 51-60 лет. Среди всех пациентов 6% составляли больные с сахарным диабетом I типа и 94% - с сахарным диабетом II типа. Средняя длительность пребывания в стационаре в 2008 году - 16,3 дня, в 2009 году - 15,6 дня и в 2010 году - 15,7 дня. При этом колебания составляли от 6 до 24 дня. Частота рецидивов и повторных госпитализаций, при локализации процесса на другой ноге или не связанное с первым очагом, составила 28,5%. Выраженность ишемии нижней конечности по Fontaine-Покровскому у 17 (18%) пациентов соответствовала 3-ей стадии, у 78 (82%) - 4-ой стадии. Распределение глубина и степень инфицирования язв, оцененная по методу Wagner составила: I ст - 11 (11,6%) пациентов, II ст - 21 (22,1%), III ст - 35 (36,8%), IV ст - 28 (29,5%). Поражение тканей в виде сухого некроза или сухой гангрены было у 14 (14,7%) больных, в виде гнойных ран, флегмоны и влажной гангрены - у 36 (55,7%). По локализации гнойно-некротического очага преобладали пациенты с поражениями пальцев и дистальной половины стопы - 79 (83,2%). У 16 (16,8%) больных очаг располагался в пяточной области. В 8 (8,5%) случаях были гнойно-некротические или гнойно-гранулирующие раны после ампутаций пальцев и/или резекции стопы, выполненных в других лечебных учреждениях. Степень язв по Wagner коррелировала с частотой язв в анамнезе ($p < 0,001$), длительностью и размерами язвенного дефекта ($p < 0,01$). Для нейропатических язв были характерны малые ампутации (41,9%), а для нейроишемических - большие ампутации в анамнезе (42,9%). Сопутствующие соматические заболевания были разнообразны: гипертоническая болезнь 88,5%, ишемическая болезнь сердца - 62,3% (инфаркт миокарда в анамнезе 23%), острое нарушение мозгового кровообращения - 9,8%. Количество пациентов, имеющих нормальную массу тела (ИМТ = $19-26$) составило 36%, выше нормы - 62%, ниже нормы - 2%

Выводы. Полученные статистические показатели эпидемиологии СДС в Черновицком регионе Украины соответствуют имеющимся в литературе данным о распространенности СДС, количестве и особенностях его морбидности. Определенной особенностью региона является достаточно высокая частота повторных госпитализаций, что требует специального анализа статистических данных.

Литература:

1. Дедов, И. И. Экономические проблемы сахарного диабета в России / И. И. Дедов, Ю. И. Сунцов, С. В. Кудрякова // Сахарный диабет. - 2000. - № 3. - С. 56-58.
2. Зінченко, О. В. Влияние антибактериальных препаратов и средств, улучшающих периферическое кровообращение, на язвенно-некротические процессы у больных с синдромом диабетической стопы / О. В. Зінченко // Міжнарод. ендокринол. журн. - 2008. - № 2. - С. 19-24.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ЗОНЕ ИСКУССТВЕННОГО ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Линов А.Л., Воронович А.И., Корзун О.А.
Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Особое место среди всех осложнений после эндопротезирования крупных суставов занимают инфекционные из-за их непредсказуемости возникновения и течения, тяжести последствий [1]. На сегодняшний день частота нагноений после тотального замещения тазобедренного и коленного суставов колеблется от 0,5% (при плановых вмешательствах по поводу идиопатического коксартроза) до 1,2 - 6% (при наличии факторов риска: ревматоидный артрит, псориаз, сахарный диабет, употребление стероидов, иммуносупрессоров) [2]. У больных часто наблюдается латентный характер течения инфекции со скудной клинической симптоматикой [3]. Ранняя диагностика этих осложнений позволяет применить методики лечения, купирующие воспалительный процесс, и сохранить прежний уровень физической активности пациента.

Цель. Определить алгоритм диагностического поиска инфекционного процесса в зоне эндопротезированного сустава.

Материал и методы. За последние 10 лет нами изучены и проанализированы клиничко-рентгенологические данные и лечение 54 больных (28 мужчин и 26 женщин) с гнойно-воспалительными осложнениями после эндопротезирования тазобедренного (44) и коленного (10) суставов. Ранее операции эндопротезирования выполнялись этим пациентам в различных клиниках Беларуси и за рубежом. Средний возраст больных составил $58,5 \pm 9,5$ лет. Помимо изучения анамнеза, проводилось клиническое обследование с выполнением стандартных и специальных методов исследования.

Результаты и обсуждение. У большинства пациентов (44) гнойное осложнение развилось в сроки 6 месяцев и более после операции. Только в 3 из 54 случаев инфекция была поверхностной (без вовлечения имплантата в очаг инфекции). В остальных 51 - диагностирована глубокая перипротезная инфекция. Фистулография, выполненная нами у 22 пациентов, позволила оценить расположение свищевых ходов, по отношению к компонентам эндопротеза. Признаки же безсвищевой формы латентной инфекции мы определяли комплексно. У большинства больных (50) имелись повышение температуры тела и боли в области оперированного сустава или смежных сегментах конечности. В 32 случаях выявлены рентгенологические признаки нестабильности компонентов эндопротеза (периостальные наслоения, зона костной резорбции). Показатели СОЭ и С-реактивного белка были выше нормы у 49 больных. Лейкоцитоз крови имел место только у 32 пациентов. Пункция оперированного сустава с аспирацией содержи-

мого и его бактериологического исследования выполнена в 24 случаях (10 - ложноотрицательные результаты). Несмотря на проведенное обследование, диагноз у 6 больных был установлен лишь на основании интраоперационных находок во время ревизионной операции.

Выводы. На основании проведенной работы, на наш взгляд, алгоритм диагностического поиска инфекционного процесса в зоне эндопротезированного сустава должен включать в себя: тщательный сбор анамнеза (наличие и динамика болевого синдрома); клиническое обследование пациента; данные лабораторных методов (особое внимание на показатели СОЭ и С-реактивного белка); рентгенологическое обследование (в т.ч. фистулография); диагностическая пункция сустава с бактериологическим исследованием содержимого; интраоперационная диагностика.

Литература:

1. Ахтямов, И.Ф. Методы профилактики некоторых видов послеоперационных осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава / И.Ф. Ахтямов, И.И. Кузьмин, К.В. Смирнов // *Гений ортопедии*. - 2004. - № 1. - С. 89-92.

2. Garvin, K.L. Infection after total hip arthroplasty. Past, present, and future / K.L. Garvin, A.D. Hanssen, B. Frischhut / *J. V. J. S.* - 1995. - Vol. 77A, № 3 - P. 1576-1588.

3. Пхакадзе, Т.Я. Гнойно-воспалительные процессы в области тазобедренного сустава у травматолого-ортопедических больных: микробиологические аспекты / Т.Я. Пхакадзе, З.И. Уразгильдеев, В.В. Маловичко // *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*. - 2002. - № 1. - С. 66-69.

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Полынский А. А., Милешко М.И., Хильмончик И.В., Филиппович А.В., Жук Д.А.
УО "Гродненский государственный медицинский университет"
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Острый парапроктит является наиболее сложной формой гнойных воспалительных процессов. При малой выраженности местных клинических проявлений заболевания таким больным нередко ставится неправильный диагноз, что часто приводит к несвоевременному, а порой и неправильному оперативному лечению. Острый подковообразный парапроктит, несмотря на лечение, нередко заканчивается образованием сложного подковообразного свища и гнойных полостей и затеков.

Цель. Оценить собственные результаты лечения, изучить опыт хирургов других клиник республики и разработать оптимальную лечебную тактику при остром анаэробном парапроктите.

Материал и методы. Нами проанализированы 247 историй болезни больных острым парапроктитом, проходивших курс лечения в клинике общей хирургии УО "Гродненский государственный медицинский универ-

ситет" с 2000 по 2009 годы. Из числа пролеченных больных мужчин было 185 (74,9%), женщин 62 (25,1%). По возрасту, пациенты распределились следующим образом:

Возраст	20-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	Старше 51 год
Мужчин	24	67	72	22
Женщин	9	15	6	22

Длительность заболевания составила от 36 часов до 12 суток. 45% пациентов поступили в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии. Следует отметить, что большинство больных лечилось самостоятельно, за медицинской помощью длительное время не обращались. Амбулаторно принимали лечение 76 (30,8%) больных, но в связи с прогрессированием процесса были направлены в стационар для оперативного лечения. Раньше были подвергнуты оперативному лечению по поводу острого парапроктита 27 (10,9%) пациентов. При обследовании в стационаре были выявлены следующие формы острого парапроктита: подкожный у 62 (25,1%) больных, ишиоректальный у 163 (66,0%) пациентов, пельвиоректальный у 22 (8,9%) больных. Острый парапроктит осложнился анаэробной и гнилостной флегмонами промежности у 18 (7,3%) пациентов, у 4 (1,6%) больных имело место развитие флегмоны Фурнье, у 7 (2,8%) больных острый подковообразный парапроктит.

Обследование включало клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, бактериологическое исследование отделяемого ран и морфологическое исследование поражённых участков параректальной клетчатки. С целью дифференциальной диагностики ультразвуковое исследование у ряда больных дополнялось компьютерной томографией.

Результаты и обсуждение. Все пациенты в срочном порядке под общим обезболиванием были подвергнуты оперативному лечению. Вскрытие и дренирование гнойников выполнено у 211 (85,4%) больных. Повторное вскрытие затеков выполнено у 13 (5,3%) пациентов, септическое состояние отмечено у 5 (2,02%) больных. При подковообразном парапроктите первичные гнойные ходы, как правило, располагались кнутри от сфинктера, реже проходили через сфинктер, поэтому жом при радикальных операциях повреждался редко. При подкожном подковообразном парапроктите удалось ликвидировать гнойники вместе с первичными ходами. При седалищно-прямокишечном и тазово-прямокишечном парапроктитах, когда нельзя сразу иссечь одновременно гнойники вместе с первичным ходом, также производили разрезы кожи, эвакуировали гнойное содержимое, после чего полости спадались, иссекали первичный ход, а затем, по возможности, некротические ткани.

Умерла одна больная, послеоперационная летальность при этом составила 0,4%. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 14,8 койко-дня.

Выводы.

1. Успех лечения больных с острым анаэробным парапроктитом во многом зависит от ранней диагностики воспалительного процесса, как можно более раннего проведения неотложной операции с необходимым, достаточно обширным иссечением некротически изменённых тканей и проведением адекватной интенсивной терапии.

2. При остром парапроктите, независимо от глубины распространения и длительности заболевания, целесообразно проводить радикальную операцию, которая заключается в ликвидации гнойных полостей, иссечении первичного гнойного хода и некротических тканей.

3. Радикальная операция при парапроктите, как правило, обеспечивает выздоровление и не приводит к нарушению функции анального сфинктера.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ОБМЕН ОКСИДА АЗОТА ПРИ СЕПСИСЕ

*Предко В.А., Спас В.В., Якубцевич Р.Э.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. Проблема сепсиса очень актуальна в современном обществе. Количество септических пациентов увеличивается с каждым годом из-за старения населения, увеличения продолжительности жизни лиц с тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, а так же более широким включением в схемы терапии глюкокортикоидов, цитостатиков, и повышением инвазивности лечения с проведением обширных радикальных операций, и длительной катетеризацией вен и артерий. Так, в США ежегодно диагностируется более 900 000 случаев тяжелого сепсиса, т.е. около 2500 случаев ежедневно. Несмотря на разработку новых методов лечения, летальность остается высокой и составляет, по данным разных авторов, от 30% до 70%.

Одни из важных факторов в развитии повреждения при сепсисе является оксид азота. Последний синтезируется индуцибельной синтазой в ответ на воздействие липополисахаридов и цитокинов и является повреждающим фактором для эндотелия, нарушает гемостаз, обладает цитостатическим и цитолитическим воздействием на клетки и ткани. Большие концентрации оксида азота являются причиной развития септического шока. При септическом шоке установлено значительное повышение общей сывороточной концентрации нитрита и нитрата, которая положительно коррелировала с концентрацией эндотоксина в крови и отрицательно - с гемодинамическими нарушениями у этих больных. Повышение уровня конечных продуктов оксида азота в крови больных с выраженной общей воспалительной реакцией играет важную роль в высвобождении интерлейкина-1 бета, интерлейкина-6, интерлейкина-8 и других медиаторов воспаления.

Недостаточность механизмов естественной детоксикации, выведения продуктов нарушенного метаболизма в условиях гипоксии не позволяет надеяться на вероятность благоприятного исхода только за счет восстановления кровообращения, вентиляции, стимуляции функции печени и почек, антибиотикотерапии.

Цель. Исследования содержания нитратов/нитритов в крови пациентов с сепсисом при проведении комплексной интенсивной терапии.

Материал и методы. В рандомизированное исследование было включено 35 пациентов с сепсисом различ-

ной этиологии. Все больные получали традиционное лечение: антибиотики, инфузионная терапия, парентеральная и иммунокорректирующая терапия, респираторная и инотропная поддержка (при необходимости). При поступлении в отделение реанимации больные были разделены на две группы (контрольную и опытную) с помощью компьютерной программы генератора случайных чисел.

В контрольную группу (КГ) вошли 15 пациентов. Этим больным проводили консервативную терапию без использования методов экстракорпоральной детоксикации. 20 пациентам опытной группы (ОГ) проводили гемосорбцию (ГС) через антипротеиназный биоспецифический сорбент "Овосорб" (Беларусь) с помощью роликового насоса ВР-742 ("Fresenius", Германия). Кровь проходила через колонку с сорбентом, после чего возвращалась в предварительно катетеризированную периферическую вену. Скорость перфузии крови по магистрали составляла 80-90 мл/мин. Процедура продолжалась 60 минут. Количество процедур составило 4-7.

Результаты и обсуждение. В результате в контрольной группе концентрация нитратов/нитритов при поступлении составила 40 (37;42) ммоль/л, а при завершении интенсивной терапии 36 (29;36) ммоль/л.

В группе, где проводили гемосорбцию, результаты исследования нитратов/нитритов при поступлении были: 47(43; 79) ммоль/л, после первой процедуры 43 (33;48) ммоль/л, после второй-35(30;44) ммоль/л, при окончании комплексной терапии 29 (21;32) ммоль/л.

В результате, при проведении гемосорбции отмечается достоверное снижение конечных стабильных продуктов оксида азота нитратов/нитритов. Возможно, этот процесс возникает, как следствие удаления провоспалительных цитокинов. В контрольной группе достоверного уменьшения не происходит.

Выводы. Уровень конечных стабильных продуктов оксида азота у пациентов с сепсисом повышен.

При проведении консервативной терапии достоверного снижения нитратов/нитритов не наблюдалось.

Проведение гемоперфузии через антипротеиназный биоспецифический гемосорбент "Овосорб" позволяет стабилизировать наработку оксида азота.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И РАСТВОРОВ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРОВ НА ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА

*Русин В.И.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. Проблема лечения перитонита, несмотря на длительную историю изучения, до сих пор является актуальной. Частота гнойных осложнений в послеоперационном периоде остается высокой и не имеет тенденции к снижению, даже учитывая постоянно совершенствующуюся хирургическую тактику. В послед-

нее время всё чаще для лечения хирургических заболеваний, вызванных микробными агентами, используются лазерное излучение и антимикробная фотодинамическая терапия (АФДТ) [1]. Данная методика предполагает использование лазерного излучения и активированных им фотосенсибилизаторов.

Цель. Выяснить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения и фотосенсибилизаторов родамина, кумарина, нильского синего, хлорофиллипта на возбудителей неспецифического перитонита *Enterococcus faecalis* и *Escherichia coli*.

Материал и методы. Изучено влияние низкоинтенсивного лазерного излучения красного ($\lambda = 0,67$ мкм) и синего ($\lambda = 0,45$ мкм) спектральных диапазонов, а также спиртовых растворов фотосенсибилизаторов родамина, кумарина, нильского синего, хлорофиллипта на индикаторные для калового перитонита микроорганизмы *Enterococcus faecalis* и *Escherichia coli* [2]. В качестве источников оптического излучения использовались полупроводниковые лазеры красной ($\lambda = 0,67 \pm 0,02$ мкм) и синей ($\lambda = 0,47 \pm 0,02$ мкм) спектральных областей с мощностью лазерного излучения равной 25 мВт (красный спектр) и 5 мВт (синий спектр). Культуры *Enterococcus faecalis* и *Escherichia coli* были взяты в качестве тест-объекта; Изучалось действие спиртовых растворов фотосенсибилизаторов и лазерного облучения на рост вышеуказанных культур. В работы были взяты 0,001% и 0,01% спиртовые растворы фотосенсибилизаторов родамина, кумарина, нильского синего, хлорофиллипта. Контролем служили серии исследований с 0,001% и 0,01% раствором этанола. Данные по обоим вышеуказанным концентрациям были объединены, так как этиловый спирт в указанных концентрациях достоверно влиял на рост тест-культуры, а разница в их влиянии между собой была недостоверна. Растворы готовились непосредственно в день эксперимента сразу в чашке Петри с питательным агаром, перед засевом тест-культурой. Доза засева тест-культуры: шпателем 0,1 мл $1/2 \times 10^{-5}$ смыва суточной культуры, выросшей на скошенном мясопептонном агаре (МПА). После засева опытные чашки облучались лазерным излучением красного и синего спектров. Контрольные чашки оставались интактными. Все чашки в течение суток термостатировали при 37 °С, после чего подсчитывали количество выросших колоний. Для сопоставления результатов, полученных в различных сериях эксперимента, количество колоний пересчитывалось в процентах к контролю.

Результаты и обсуждение.

1. Низкоинтенсивное лазерное излучение в синей и красной областях спектра *in vitro* не оказывает влияния на рост *Enterococcus faecalis* и *Escherichia coli*.

2. Спиртовые растворы фотосенсибилизаторов родамина и нильского синего *in vitro* угнетают рост индикаторной микрофлоры неспецифического перитонита *Enterococcus faecalis* и *Escherichia coli*.

Спиртовой раствор хлорофиллипта угнетает рост только *Escherichiacoli*. Спиртовой раствор кумарина не оказывает влияния на рост *Enterococcus faecalis* и *Escherichia coli*.

3. Совместное воздействие спиртовых растворов фотосенсибилизаторов родамина, кумарина, нильского синего и хлорофиллипта и низкоинтенсивного лазерного

излучения *in vitro* сопровождается усилением эффекта угнетения роста *Escherichia coli*. Рост *Enterococcus faecalis* *in vitro* угнетается при совместном воздействии спиртовых растворов фотосенсибилизаторов родамина, нильского синего, хлорофиллипта и низкоинтенсивного лазерного излучения.

Выводы. Фотосенсибилизаторы родамин, кумарин, нильский синий, хлорофиллипт могут применяться для усиления противомикробного эффекта низкоинтенсивного лазерного излучения ($\lambda = 0,67 \pm 0,02$ мкм и $\lambda = 0,47 \pm 0,02$ мкм).

Литература:

1. Основные направления фотодинамической терапии в медицине / Р. М. Салмин [и др.] // *Новости хирургии.* - 2008. - № 3. - С. 155-162.

2. Антимикробная профилактика у больных, оперированных на дистальном отделе прямой кишки, анальном каналеи промежности / Г. И. Воробьев [и др.] // *Рус. мед. журн.* - 1999. - Т. 1, № 1. - С. 34.

ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ КАК ПРИЧИНА РЕЛАПАРОТОМИИ

Рычагов Г.П., Барсуков К.Н.

*УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "3-я ГКБ",*

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Если первичный и вторичный перитонит известны и достаточно изучены, то третичный перитонит для слуха хирургов, особенно постсоветского пространства, звучит непривычно. Ранее такой перитонит, как правило, обозначался как "вялотекущий" или "персистирующий", для которого характерна скудная клиническая картина при наличии выраженных морфологических изменений, выявленных во время операции. Такая хирургическая ситуация наиболее характерна для перитонита в послеоперационном периоде. В связи с этим мы поставили перед собой задачу на большом клиническом материале изучить как, часто третичный перитонит является причиной релапаротомии, и для какой патологии он наиболее характерен.

Материал и методы. В 2003-2007 гг. в 3-ей ГКБ г. Минска и районной больнице г. Борисова оперировано на органах брюшной полости 14037 больных. Релапаротомия выполнена у 136 (0,97%) больных. Женщин было 51 (37,5%), мужчин - 85 (62,5%) в возрасте от 1,5 до 89 лет. В 89% релапаротомия выполнена у больных, оперированных по экстренным показаниям и в 10,1% - в плановом порядке.

Результаты и обсуждение. Из 22 нозологий, по поводу которых выполнялись операции на органах брюшной полости, среди больных, нуждавшихся в релапаротомии, в 11,8% были оперированы вначале по поводу острого аппендицита, в 9,6% - панкреатита, в 8,8% - холецистита, в 8,8% - тупой травмы живота, в 7,9% - осложненного рака ободочной кишки. Частота релапаротомии при других нозологиях встречалась реже.

Третичный перитонит, как причина релапаротомии, занимал 1-е место и наблюдался в 59%, послеоперационная кишечная непроходимость - в 10,7%, внутрибрюшное кровотечение - в 18,9% и другие более редкие причины - в 11,4%. Среди причин третичного перитонита в 23,8% явился одиночный или множественные абсцессы без- или с прорывом в свободную брюшную полость, в 13,1% - несостоятельность швов на полых органах, в 9,8% - желчеистечение, в 6,7% - прогрессирование вторичного перитонита, в 5,7% - некроз желудка или петель тонкого кишечника, в 4,9% - перфорация острой язвы и в 1,7% - тромбоз мезентериальных сосудов.

В 84,4% выполнена одна, в 11,5% - две, в 3,3% - три и в 0,82% ~ 4 релапаротомии. Летальность после одной релапаротомии по поводу третичного перитонита составила 21,3%, после двух - 50%, трех и более - 75%.

Выводы. Третичный перитонит занимает первую позицию среди причин релапаротомии после плановых и особенно экстренных операций на органах брюшной полости, сопровождается высокой летальностью, которая прогрессивно увеличивается, в зависимости от их числа.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС И КОАГУЛОПАТИЯ - ПАТОФИЗИОЛОГИЯ И СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Светлицкая О.И.

УО "Белорусская медицинская академия последипломного образования"

г. Минск, Беларусь

Актуальность. Высокий уровень провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО-) у больных с абдоминальным сепсисом активирует процесс диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС) с одновременным угнетением фибринолиза, что сопровождается нарушениями перфузии в органах и тканях, снижением доставки кислорода, развитием тканевой гипоксии. Связь процессов воспаления и коагуляционных нарушений делает перспективным использование препаратов, обладающих потенциальной возможностью одновременного воздействия и на выраженность воспалительной реакции, и на систему гемостаза. По литературным данным, таким эффектом могут обладать растворы гидроксипроксиэтилированного крахмала (ГЭК).

Цель. Оценить эффективность использования раствора ГЭК для устранения нарушений гемостаза при абдоминальном сепсисе.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 112 больных с острым распространенным перитонитом (ОРП). Диагноз абдоминальный сепсис был выставлен при сочетании у пациентов с ОРП системного воспалительного ответа (ССВО) с документировано подтвержденной бактериемией или по клиническим данным: признаки органной дисфункции, гипоперфузия тканей (лактатацидоз, олигоурия) и гипотензия. Средний возраст пациентов составил 47,7±1,4 года.

Мужчины составили 70 человек (62,5%), женщины - 42 (37,5%). Основные этапы обследования больных - первые, третьи и пятые сутки послеоперационного периода. Пациенты были разделены на три группы. 1-ю группу (контроль) - составили 24 пациента, которым проводилась базовая инфузионная терапия: растворы кристаллоидов (0,9% раствор хлорида натрия, раствор Рингера), 5%, 10% и 20% растворы глюкозы, растворы аминокислот. Во 2-ю группу (СЗП) вошли 34 пациента, которым наряду с проведением базовой инфузионной терапии выполнялись ежедневные трансфузии свежезамороженной плазмы (СЗП), средняя суточная доза которой составила 480,0±32,3 мл. 3-ю группу (рефортан) составили 37 пациентов, которым к программе базовой терапии были добавлены ежедневные инфузии раствора ГЭК (рефортан, 6% раствор). Переливания рефортана осуществлялись по 500 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки со скоростью 100 мл/час в течение первых трех суток послеоперационного периода. Уровень D-димеров, активность антитромбина III (АТ III) определялись методом хромогенных субстратов на автоматическом анализаторе гемостаза "STA Compact" фирмы "STAGO Diagnostica" (Франция). Уровень С-реактивного белка (СРБ) определялся на автоматическом многоканальном анализаторе Konelab 30 (Финляндия). Статистическая обработка результатов выполнена в программе STATISTICA 6.0. Результаты выражены в виде медианы (Me) - значения и 25%-75% процентилей.

Результаты и обсуждение. Уровень СРБ у пациентов сравниваемых групп в первые сутки послеоперационного периода значительно превышал нормальные значения (норма <0,5 мг/л) и составил 18,1 (7,6-31,4) мг/л для пациентов 1-ой группы, 18,8 (10,1-27,4) мг/л и 17,3 (12,4-25,3) мг/л для больных 2-ой и 3-ей групп. К третьим суткам зарегистрировано повышение уровней СРБ в 1-ой и 2-ой группах, которые составили 26,8 (21,2-31,7) мг/л и 28,1 (21,4-33,2) г/л соответственно. В 3-ей группе отмечено наименьшее повышение концентрации СРБ - до 21,8 (15,8-26,5) г/л (p=0,01). К пятым суткам содержание СРБ прогрессивно снизилось во всех трех группах и составило 21,6 (16,3-23,1) г/л для пациентов 1-ой группы, 20,5 (16,4-27,5) г/л - 2-ой группы, 14,1 (10,4-17,4) г/л - 3-ей группы (p<0,05).

Уровень D-димеров в первые сутки послеоперационного периода существенно не различался и был одинаково повышен (норма <0,5 мг/л). В 1-ой группе концентрация D-димеров составила 3,5 (2,2-5,9) мг/л, в 2-ой группе - 3,4 (2,3-4,2) мг/л и в 3-ей группе - 3,6 (2,3-4,4) мг/л. На третьи сутки пребывания в ОИТР уровень D-димеров в 1-ой и во 2-ой группах существенно не изменился и составил, соответственно, 3,65 (2,1-6,3) мг/л и 3,3 (2,1-4,4) мг/л. В 3-ей группе уровень D-димеров начал снижаться и составил 2,7 (1,9-4,4) мг/л. К пятым суткам зарегистрировано снижение концентрации D-димеров у больных всех трех клинических групп. В первой группе концентрация D-димеров составила 2,3 (1,2-4,3), во второй - 2,1 (1,1-2,9) мг/л. Наименьшее значение данного показателя отмечено в 3-ей группе - 1,8 (0,95-2,6) мг/л.

В 1-е сутки активность АТ III у больных 1-ой группы составила 73,0% (64,0-80,0%), 2-ой группы - 69,0% (59,5-77,0%) и 3-ей группы - 74,0% (67,0-79,0), (норма 80-120%). К третьим суткам уровень АТ III начал повышаться во

всех группах и составил 80,0% (76,0-86,0%) для пациентов 1-ой группы, 78,5% (74,0-82,0%) - для 2-ой и 83,0% (78,5-88,5%) для пациентов 3-ей группы ($p < 0,05$). К пятым суткам уровень АТ III во всех группах был в пределах нормы.

Выводы:

1. Включение растворов ГЭК (рефортан, 6%) приводит к более быстрому снижению выраженности гиперкоагуляционных нарушений и системной воспалительной реакции по сравнению с использованием СЗП и/или кристаллоидных растворов. Ограничение для использования растворов ГЭК - нефропатия, диурез $< 0,5$ мл/кг/час. Гипопротеинемия менее 50 г/л требует введения растворов ГЭК с интервалом 12 ч во избежание появления/усиления отеков.

2. Не рекомендуется рутинное применение СЗП для коррекции измененных коагуляционных показателей в отсутствие кровотечения или запланированной инвазивной процедуры.

3. Использование в комплексной интенсивной терапии ингибиторов фибринолиза (контрикал, гордокс, трасилол) усиливает имеющуюся блокаду фибринолиза и препятствует разрешению очагов воспаления, в первую очередь пневмонии и РДСВ, ухудшая прогноз.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН И ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРЕПАРАТОМ "ГЕНТАКСАН" НА ФОНЕ ОТЯГОЩЕННОГО ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ

*Сидорчук Р.И., Павлович К.В., Хомко О.Й., Сидорчук Л.П., Плегуца А.М.
Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы, Украина*

Актуальность. Местное лечение инфицированных и некротических ран остается крайне тяжелым заданием современной хирургии, особенно в случае обременения общего состояния больных дисметаболическими нарушениями, в том числе на фоне сахарного диабета, нарушения гемодинамики, действия других факторов, подавляющих регенеративные и репаративные процессы, которые способствуют прогрессированию инфекции [1, 2].

Цель. Определение практической клинической ценности и целесообразности применения метода местного лечения гнойных ран и трофических язв с помощью аппликационного сорбента "Гентаксан".

Материал и методы. Основная группа состояла из 20 больных (средний возраст $64,15 \pm 12,79$ г) с гнойными ранами и трофическими язвами в фазе экссудации. Этиологическими факторами поражения были: посттромблебитический синдром - 5 больных (25,0%), облитерирующие заболевания сосудов - 3 (15,0%) и сахарный диабет - 12 больных (60,0%). У пациентов основной группы для местного лечения ран и трофических язв применяли аппликационный сорбент - препарат "Гентаксан" (ЗАО "БХФЗ", Украина), который является комбинированным антимикробным препаратом пролон-

гированного действия для местного применения, содержащий гентамицина сульфат, кремнийорганический сорбент полиметилсилоксан (метоксан) и координационное соединение цинка с триптофаном. Контрольную группу составили 50 больных в возрасте $65,10 \pm 8,89$ лет, которым для лечения гнойных ран и трофических язв (в фазе экссудации) применялись растворы антисептиков (р-ры декасана, димексида и хлоргексидина). Этиологическими факторами поражения были: посттромблебитический синдром - 3 больных (6,0%), облитерирующие заболевания сосудов - 6 (12,0%) и сахарный диабет - 41 больной (82,0%). Общее (системное) лечение в контрольной группе пациентов было аналогичным. Исследование одобрено комитетом по биоэтике.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения ран оценивали по клинической эффективности местного применения препаратов. В комплекс клинической оценки эффективности лечения были включены следующие критерии: срок очищения ран; время появления грануляций, время эпителизации; визуальная оценка состояния раны; оценка боли больным по шкале VAS/NAS; длительность пребывания больного в стационаре. В контрольной группе больных грануляционная ткань развивалась в среднем на $5,72 \pm 0,31$ сут. Очищения раны происходило в среднем на $5,03 \pm 0,37$ сут, уменьшение размеров раны ежедневно составляло в среднем $0,92 \pm 0,06$ см. Средний срок пребывания больных в стационаре этой группы составил $33,30 \pm 0,51$ суток. При лечении гентаксаном (основная группа) грануляционная ткань развивалась в среднем на $4,12 \pm 0,15$ сутки, что было достоверно быстрее, чем в контрольной группе ($P < 0,05$). Очищения раны происходило в среднем на $3,43 \pm 0,44$ сутки, уменьшение размеров раны ежедневно проходило на $1,3 \pm 0,09$ см. Это привело к уменьшению срока пребывания больных в стационаре до $21,51 \pm 0,53$ суток. Выявлено, что при применении исследуемого препарата, в течение первых десяти суток лечения в повторной операции (некрэктомия) нуждались лишь 2 больных (10,0%) в противовес 12 больным (24,0%) контрольной группы (из них 3 (6,0%) требовали вынужденной ампутации, у 9 (18,0%) - произведена некрэктомия). Применение гентаксана позволило уменьшить срок пребывания больных на стационарном лечении на $35,4 \pm 0,5\%$ ($P < 0,05$).

Выводы. Местное лечение гнойных ран и трофических язв аппликационным сорбентом "Гентаксан" приводит к уменьшению воспалительных явлений, ускорение очистки ран от некротических тканей (на 32,01%) и развития грануляций (на 27,97%), предотвращает вторичной альтерации тканей. Лечение гнойных ран сорбентом "Гентаксан" обеспечивает ускорение их заживления, уменьшает срок лечения и пребывания в стационаре.

Литература:

1. Caliano, C. How to choose the right treatment and dressing for the wound / C. Caliano // Nursing. - 2003. - Vol. 33. - P. 6-14.
2. Topical silver for treating infected wounds / H. Vermeulen [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2007. - Is. 1. - Art. N CD005486.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ

Смотрин С.М., Кузнецов А.Г., Омельченко С.Г.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Лечение больных с гнойно-некротическими поражениями стопы (ГНПС) остается трудной задачей современной хирургии, при этом наименее утешительные результаты наблюдаются в группе больных, где причиной этих поражений явилась хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей (ХАННК).

Цель. Проанализировать результаты дифференцированного хирургического лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями ХАННК.

Материал и методы. Нами проанализирован 12-летний опыт лечения 386 больных с ГНПС различной этиологии. Выявленные морфологические изменения стопы были представлены гангренозными изменениями пальцев, носившими как "сухой", так и "влажный" характер, иногда в сочетании с флегмоной мягких тканей стопы, а также гнойно-некротическими язвами дистальных отделов стопы, нередко в сочетании с деструкцией костно-суставного аппарата стопы. Обследование больных включало общеклинические методы, лабораторные методы, инструментальные методы исследования артериального русла нижних конечностей, гистологическое исследование операционного материала.

Результаты и обсуждение. У части пациентов - 108 (28%) человек признаки ХАННК отсутствовали. Причиной ГНПС у них явились: заболевания центральной и периферической нервной системы - 7 больных, инфекция, связанная с травмой - 19 больных, нейропатическая форма синдрома диабетической стопы (СДС) - 82 пациента. У 278 (72%) больных имелись признаки ХАННК, которая была обусловлена следующими заболеваниями: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей - 101 человек, ишемическая и нейроишемическая форма СДС - 171 больных, облитерирующий эндартериит - 6 пациентов.

В алгоритме лечения этой категории больных первостепенным является вопрос о возможности сосудистой реконструкции. Однако следует отметить, что вследствие наличия противопоказаний (уровня и протяженности окклюзии артериального русла, возраста и тяжести состояния) значительная их часть не подлежит реконструктивным операциям на сосудах. Среди этой категории нами выделены три группы больных. Первую группу - 83 человек, составили больные, у которых показания к высокой ампутации нижней конечности имелись на момент поступления (обширные некротические изменения мягких тканей всех отделов стопы; влажная гангрена дистальных отделов стопы, сопровождающаяся развитием септического состояния; различные по морфологии деструктивные изменения стопы на фоне декомпенсированной ишемии конечности). Этим

больным после кратковременной интенсивной подготовки были выполнены следующие вмешательства: ампутация на уровне голени - 4 больных, ампутации на уровне бедра - 77 человек, экзартикуляция бедра - 2 пациента.

Вторую группу - 79 человек, составили пациенты, которым выполнялись "малые вмешательства" (вскрытие абсцессов, флегмон, некрэктомии). При этом акцент делался на своевременность операции, а также соблюдение принципов радикальности обработки гнойного очага и устранение путей его дальнейшего распространения.

Третью группу - 116 человек, составили больные с гнойно-некротическими поражениями пальцев стопы, которым вследствие отсутствия критической ишемии стопы, сепсиса первично были выполнены ампутации пальцев (96 человек) и сегментов (20 человек) стопы. У 76 из них дистальных ампутаций стопы (ДАС) выполнялись по усовершенствованной методике (инструкции по применению № 006-0209, утв. МЗ РБ 30.10.09.) [1]. Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения в этой подгруппе показал снижения числа местных послеоперационных осложнений с 82,5% до 46%, а числа высоких реампутации с 30% до 10,5%.

Выводы.

Хирургическое лечение больных с ГНПС вследствие ХАННК требует дифференцированного подхода с учетом характера морфологических изменений, уровня артериальной окклюзии, общего состояния больных. Усовершенствованная техника ДАС позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных

Литература:

1. Дистальные ампутации стопы при гнойно-некротических осложнениях хронической артериальной недостаточности нижних конечностей: инструкция по применению: утв. МЗ Респ. Беларусь 30.10.09. - № 006-0209. - Гродно: ГрГМУ, 2010. - 10 с.

ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Совцов С.А., Прилепина Е.В.
УГМАДО,
г. Челябинск, Российская Федерация

Актуальность. Послеоперационная летальность у хирургических больных остается на достаточно высоком уровне, во многом за счет преобладания в группе умерших больных в пожилом и старческом возрасте. Одной из основных причин смерти у них являются внутрибольничные гнойно-септические осложнения.

Цель. Показать на примере группы больных с деструктивным холециститом в возрасте старше 80 лет значение внутрибольничного бактериологического мониторинга на непосредственные результаты лечения.

Материал и методы. В клинике в период с 2003 по 2008 гг. лечилось 137 пациентов старше 80 лет с острым холециститом. У 80% пациентов было 2 и более сопутствующих заболеваний или 2,2 на 1 больного. Механическая

желтуха была у 44% больных. При диагностированном деструктивном холецистите по данным УЗИ при поступлении больных в стационар выставлялись показания к операции. В первые сутки всего оперировано 50 пациентов (81%). Пациентов, прооперированных через 3-е суток и более после поступления в стационар было всего 3 человека (5%). Оперативное лечение получило 62 пациента из 137, что составило 46%. Во время оперативного вмешательства производился забор пузырной желчи на микробиологическое исследование. E. Coli - 31%, Klebsiella и Enterococcus по 24%, Staphylococcus aureus - 1,5%, не дал роста - 18%, загрязнение 1,5%. Объем хирургического лечения определялся общим состоянием пациента, степенью деструкции стенки желчного пузыря, тяжестью сопутствующей патологии, наличием конкрементов и явлений механической желтухи. Двухэтапное хирургическое лечение получило 4 пациента: при поступлении им была наложена холецистостома, а после купирования явлений механической желтухи и стабилизации состояния была выполнена холецистэктомия из минилапаротомного доступа. Всего холецистэктомий из минилапаротомного доступа было произведено в 39 случаях. Гнойный холангит выявлен у 7 пациентов. В виду тяжести общего состояния, наличия нескольких сопутствующих заболеваний (2,2 на 1 пациента), лапароскопических операций не выполнялось.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде в отделение реанимации наблюдалось 28 (20%) пациентов. Продленная ИВЛ проводилась 12 пациентам (43%). Осложнение в виде вентиляторассоциированной пневмонии развилось в 58% случаев (7 пациентов). Нагноение послеоперационной раны отмечены у 2-х пациентов - 3%. При нагноении были взяты посевы из раны, выделено: Proteus vulgaris (сплошной рост) - 1, Enterobacter (10⁶) - 1. В посевах желчи, взятой при операции, преимущественно микрофлора представлена факультативными анаэробами 79% (49 посевов), грампштаммами 55% (34 посева). Для определения чувствительности использовались диски к полусинтетическим пенициллинам, аминогликозидам, цефалоспорином, карбопенему, фторхинолонам. Наиболее чувствительным к данному спектру препаратов оказались Escherichia coli (75%) и Enterococcus faecium (56%), а наиболее резистентным Enterococcus faecalis (75%). Наименьшая устойчивость всех представленных возбудителей выявлена к левофлоксацину, относящегося к группе фторхинолонов II поколения и к цефотаксиму (цефалоспорин III поколения). Нами проведен мониторинг внутрибольничной микрофлоры. Исследовано 4791 посева из ран 3046, мокроты 1633, крови 111, мочи 1. Рост культуры получен в 4072 (85%) случаях. Была получена следующая структура микробного пейзажа: грамотрицательные 2201 - 54% (Escherichia coli - 75,3%, Pseudomonas aeruginosa - 12%, Acinetobacter - 8,3%, Klebsiella pneumoniae - 3,4%, другие - менее 1%), грамположительные 1738 - 43% (Staphylococcus aureus - 62,6%, Staphylococcus epidermidis - 13,8%, Enterococcus - 9,5%, Streptococcus haemolysans - 6,4%, Streptococcus viridans - 3,9%, Streptococcus pneumoniae - 2,6%, Streptococcus intermedius - 1,2%), грибковая флора 28 (0,6%), дрожжи 105 (2,4%). При анализе отмечено преобладание грамотрицательной флоры в чистых хирургических отделениях и в отделении реанимации, а в отделении хирургической инфекции преобладание грамполо-

жительной. При назначении антибактериальной терапии, данной группе больных, мы учитывали результаты мониторинга микробиологического пейзажа, а также данные посевов желчи и чувствительность выделенных из нее микроорганизмов к антибиотикам. Антибиотикотерапия с учетом данных мониторинга при поступлении была назначена 101 пациенту, что составило 74%. Из 62 оперированных больных антибиотикотерапию до операции получило 44 пациента (71%). В послеоперационном периоде антибиотики были назначены 51 пациенту (82%). По нашим данным, общая летальность больных в возрасте старше 80 лет при остром холецистите составила 4,3% (умерло 6 человек из 137), а послеоперационная летальность 8% (умерло 5 человек из 62 оперированных).

Выводы. Осложнения в виде послеоперационной пневмонии нами выявлена лишь в 11% случаев, нагноение послеоперационной раны произошло в 3% случаев. Вероятно, что такой процент осложнений у послеоперационных больных объясняется принятием во внимание данных внутрибольничного мониторинга микрофлоры в хирургических и реанимационном отделениях, ранними сроками оперативного лечения, ранним назначением направленной антибиотикотерапии, что позволило значительно снизить частоту гнойно-воспалительных процессов. Снижение числа гнойных осложнений при активной хирургической тактике с преобладанием малоинвазивных оперативных вмешательств позволило нам существенно уменьшить показатели общей и послеоперационной летальности. Антибиотикотерапия должна назначаться как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде с учетом данных внутрибольничного мониторинга. Это позволяет снизить число послеоперационных осложнений и летальность.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Соколов Ю.А., Алексеев С.А.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. По мнению ряда авторов, к исходу и результатам лечения распространенного перитонита прямое отношение имеют диагностические, технические и тактические ошибки до-, интра- и послеоперационного периода [1, 2]. При этом значительная роль в танатогенезе распространенного перитонита отводится несвоевременной диагностике и нераспознаванию основного конкурирующего или сочетанного заболевания, зачастую скрывающегося под маской синдрома полиорганной недостаточности вследствие нарастания гипоксии и выраженной эндогенной интоксикации [3].

Цель. Оценить частоту и структуру расхождения зак-

Таблица. Удельный вес нераспознанных нозологических форм по отношению к частоте их встречаемости как основного заболевания у умерших от распространенного перитонита

Основное заболевание (в т.ч. конкурирующее и сочетанное)	Количество наблюдений (абс.)	Из них не распознано (абс./%)
Инфаркт миокарда	2	2 (100)
Тотальный панкреонекроз	36	2 (5,6)
Острый аппендицит	8	2 (25)
Злокачественные новообразования органов брюшной полости	45	5 (11,1)
Ущемленная вентральная грыжа	3	1 (33,3)
Нагноившаяся гемангиома печени	1	1 (100)
Острый холецистит	5	1 (20)
Язвенно-некротический энтероколит	5	1 (20)
Перфоративная язва гастродуоденальной области	18	4 (22,2)
Криптогенный сепсис	1	1 (100)
Герпетический менингэнцефалит	1	1 (100)
Тромбоз верхней брыжеечной артерии	50	9 (18)
Гнойно-некротический дивертикулит	1	1 (100)

лучительного клинического и патологоанатомического диагнозов при распространенном перитоните.

Материал и методы. Проведен анализ 323 протоколов вскрытия умерших от распространенного перитонита в различных стационарах г. Минска в период с 1999 по 2007 гг. методом сплошной выборки.

Результаты и обсуждение. Установлены 44 случая несовпадения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, что составило 13,6% от всех проанализированных протоколов вскрытия. В 31 (70,5%) случае выявлено расхождение по основному заболеванию (таблица), в 12 (27,3%) случаях - по осложнениям основного заболевания. В 1 случае не распознано фоновое заболевание (хронический пиелонефрит), что привело к быстрой декомпенсации функций почек и определило неблагоприятный исход основного заболевания.

При анализе расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов по осложнениям основного заболевания выявлено, что на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности послеоперационный перитонит не был распознан прижизненно в 4,1% случаев, тромбоз эмболия легочной артерии - в 50%, а послеоперационная абсцедирующая пневмония - в 2,2% случаев, что и определило исход основного заболевания.

Выводы. Ярко выраженные проявления синдрома полиорганной недостаточности при распространенном перитоните обуславливают высокую частоту ошибок в диагностике как основного заболевания, так и его осложнений, что играет существенную роль в танатогенезе генерализованной интраабдоминальной инфекции у каждого 7 умершего.

Литература:

1. Милонов О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии: руководство для врачей / О. Б. Милонов, К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.
2. Fugger, R. Die perforations peritonitis (Ursachen Therapie. Ergebnisse, prognostische actoren) / R. Fugger, S. Herbst, F. End // Acta clin. - 1998. - N 2. - P. 11-14.
3. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практическое руководство / В. С. Савельев [и др.]; под. ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. - М.: Литтерра, 2006. - 168 с.

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ КРИТЕРИЕВ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Соколов Ю.А., Алексеев С.А.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В связи с внедрением в клиническую практику по предложению согласительной конференции Американского колледжа торакальных хирургов и общества медицины критических состояний в 1991 году понятия о синдроме системного воспалительного ответа (ССВО) для унификации критериев тяжести состояния и определения прогноза заболевания, пересмотрены взгляды на патогенез распространенного перитонита, который в настоящее время в стадии полиорганной недостаточности трактуется с позиции абдоминального сепсиса и септических синдромов [1, 2]. При этом характер клинических проявлений ССВО является универсальным при всех формах интраабдоминальной инфекции независимо от этиологического фактора, что обуславливает перспективность их использования в экспресс-оценке тяжести состояния пациента и прогнозировании исхода распространенного перитонита.

Цель. Определить информативность критериев ССВО при прогнозировании неблагоприятного исхода распространенного перитонита.

Материал и методы. Проведена комплексная оценка меры влияния признаков ССВО на наступление благоприятного (n=122) и неблагоприятного (n=47) исхода у больных распространенным перитонитом при поступлении в стационар с проверкой гипотезы с помощью критерия χ^2 (при абсолютных частотах менее 10 - χ^2 с поправкой Йетса).

Результаты и обсуждение. Установлено, что наиболее значимыми признаками ССВО при неблагоприятном исходе является: снижение парциального давления

Таблица. Оценка меры влияния признаков ССВО на развитие неблагоприятного исхода при распространенном перитоните

Признак ССВО	Частота явления при неблагоприятном исходе, абс.	Мера влияния, χ^2	Уровень значимости, p
t^0 тела $> 38^0$ С	12	2,25	0,1339
t^0 тела $< 36^0$ С	2	0,01	0,9117
Частота дыхательных движений >20 в мин.	9	2,70	0,1001
$P_{CO_2} < 32$ мм рт.ст.	12	9,0	0,0027
ЧСС > 90 уд. / мин.	27	0,15	0,695
$I_{\text{гвц}} > 12 \times 10^9 / \text{л}$	19	5,15	0,0232
Незрелые формы лейкоцитов $> 10\%$	32	1,39	0,238

углекислого газа в крови менее 32 мм рт.ст., а также отсутствие адекватной реакции (т.н. "нормы патологии") [3] со стороны периферической крови (уровня лейкоцитов) в ответ на генерализованное воспаление брюшины (таблица).

Выявлена достоверная зависимость исхода распространенного перитонита от количества признаков ССВО у больных в 1-е сутки. При благоприятном и неблагоприятном исходах распространенного перитонита 2 признака ССВО установлены в 48,1 и 42,5% ($\chi^2=0,01$; $p=0,929$), 3 признака - в 13,1 и 23,4% ($\chi^2=2,68$; $p=0,1019$); 4 признака - в 4,9 и 17% ($\chi^2=5,05$; $p=0,025$) случаев соответственно. Клинические признаки септического шока отмечены в 1,6 и 17% наблюдений соответственно ($\chi^2=11,79$; $p=0,0006$).

Выводы. Установлена высокая вероятность наступления неблагоприятного исхода у больных распространенным перитонитом с 4 признаками ССВО или признаками септического шока при поступлении, а также при отсутствии адекватной реакции со стороны периферической крови, соответствующей тяжести воспалительного процесса в брюшной полости и снижении парциального давления углекислого газа в крови менее 32 мм рт.ст.

Литература:

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практическое рук. / В. С. Савельев [и др.]; под. ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. - М.: Литтлера, 2006. - 168 с.
2. Bone, R. C. Sir Isaak Newton, sepsis, SIRS and CARS / R. S. Bone // Crit. Care Med. - 1996. - Vol. 24. - P. 1125-1127.
3. Клиническая оценка параметров иммунитета у хирургических больных с синдромом системного воспалительного ответа / М. М. Абакумов [и др.] // Хирургия. - 2007. - № 8. - С. 24 - 28.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Соловей Ю.Н., Полевой В.П.
Буковинский государственный медицинский университет
г. Черновцы, Украина

Актуальность. Несмотря на значительные успехи в усовершенствовании методов диагностики, хирургической техники, интенсивной послеоперационной терапии, использования современных антибактериальных средств, летальность от острого распространенного перитонита составляет 25 - 30 %, достигая наивысших значений 80-90 % при развитии полиорганной недостаточности и сепсиса [2]. Течение и прогноз перитонита, характер и особенности развития гнойных послеоперационных осложнений в основном зависят от характера изменений в иммунной системе организма больного [1].

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения острого распространенного перитонита путем применения иммуномодулирующей терапии.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 20 больных с острым распространенным перитонитом. Среди пациентов мужчин было 10 (50%), женщин 10 (50%). Мантгеймский индекс перитонита (МИП) в первой группе больных составил $22,6 \pm 7,09$ у.ед; во второй - $22,2 \pm 4,03$ у.ед. ($p > 0,05$). Всем больным выполняли оперативное вмешательство, которое включало: максимально полную ликвидацию источника перитонита, интраоперационную санацию и дренирование брюшной полости, интубацию тонкого кишечника при паралитической кишечной непроходимости. Первичную операцию завершали одним из двух способов: послойным ушиванием лапаротомной раны или програм-мированной релапаротомией. Больным во второй группе в послеоперационном периоде к комплексному лечению, начиная с первых суток, добавляли иммуномодулятор, выделенный из клеток молочнокислых бактерий - "Бластомунил" производства "Энзимфарм" (Украина). Препарат назначали по 0,0006 г внутримышечно 1 раз в 3 суток, на протяжении всего срока лечения (3-5 флаконов на курс лечения).

Проводилась оценка иммунного статуса и использовались тесты I уровня [1]. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью дисперсионного анализа в модуле ANOVA в компьютерной программе "Statistica 6.0".

Результаты и обсуждение. Проведенный дисперсионный анализ показателей иммунограммы с повторными измерениями на 1-2, 3-4 и 7-8 сутки послеоперационного периода (всего три периода наблюдений) у больных с острым распространенным перитонитом, выявил следующие изменения. Общее количество лейкоцитов в 1-й группе во все периоды наблюдения была статистически значимо выше по сравнению с нормой ($p=0,01$); во второй группе количество лейкоцитов наивысшим было на 1-2 сутки и на 3-4 сутки ($p=0,01$) со снижением на 7-8 сутки. Относительное количество

палочкоядерных нейтрофилов на 1-2 сутки было статистически значимо выше в обеих группах, на 3-4 сутки отмечалось снижение палочкоядерных в обеих группах. В 1-й группе снижение до 9,2%, что выше по сравнению с нормой; однако ниже, чем в предыдущие сроки исследования ($p=0,047$). Во второй группе уровень палочкоядерных был немного меньше по сравнению с предыдущим сроком исследования, однако оставался статистически значимо выше, чем в норме ($p=0,03$). На 7-8 сутки в 1-й группе отмечалось резкое возрастание палочкоядерных нейтрофилов по сравнению с нормой ($p=0,001$) и со 2-й группой ($p=0,006$) в аналогичный период. Во второй группе данный показатель приближался к норме. При анализе клеточного звена иммунитета установлено возрастание, абсолютного количества Т-лимфоцитов (CD3+) у больных 1-й группы на 3-4 сутки послеоперационного периода. К 7-8 суткам этот показатель незначительно снизился. У больных 2-й группы также отмечался рост Т-лимфоцитов с 1-2 суток по 7-8, однако, в сравнении с нормой, рост был статистически незначительным $p=0,1$. Относительное количество Т-хелперов (CD4+) возрастало в обеих группах, начиная с 1-2 суток. В 1-й группе отмечен достоверный рост данного показателя на 3-4 и 7-8 сутки по сравнению с предыдущим сроком. В 2-й группе количество Т-хелперов возрастало статистически незначительно. При анализе Т-супрессоров (CD8+) в 1-й и 2-й группах различий между группами и нормой не обнаружено. Абсолютное количество В-лимфоцитов (CD22+) существенно возрастало к 7-8 суткам во второй группе по сравнению с нормой и 1-й группой ($p=0,01$). Уровень Ig A в обеих группах на 1-2 сутки был выше нормы ($p=0,03$), но в 1-й группе отмечалось резкое снижение к 3-4 суткам, в то же время у больных 2-й группы данный показатель постепенно нарастал по сравнению с нормой и 1-й группой ($p=0,002$). Уровни IgG та IgM в обеих группах статистически не различались между группами и в группах наблюдения.

Выводы. Использование "Бластомунила" при остром распространенном перитоните нормализует показатели лейкограммы, В-клеточного и гуморального звена иммунного ответа к 7-8 суткам послеоперационного периода.

Литература.

1. *Иммунный статус при перитоните и пути его патогенетической коррекции: руководство для врачей / Ю. М. Гаин [и др.]. - Мн.: ООО "Юнипресс", 2001. - 256 с.*
2. *Перитонит: практическое руководство / под ред. В. С. Савельева [и др.]. - М.: Литтерра, 2006. - 208 с.*

БИОСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПОЛИМИКСИНПРИШИТЫЙ ГЕМОСОРБЕНТ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ИНФЕКЦИОННО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

*Старостин А.В., Кирковский В.В., Дусь Д.Д.,
Казаков Ф.И., Лобачева Г.А., Седелкина Е.Л.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
УЗ "9-я городская клиническая больница"
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Идея использования полимиксина в качестве лиганда, прочно пришитого к матрице, для извлечения из крови токсина грамотрицательной флоры принадлежит группе японских ученых во главе с Hanasava (1984). Ими, а так же шведскими специалистами были разработаны гемосорбенты, доказана их высокая эффективность в лечении больных с таким грозным осложнением как инфекционно-токсический шок. Тем не менее, неприемлимо высокая цена их существенно ограничивает возможности использования в нашей стране.

В этой связи было решено разработать высокоэффективный и доступный по цене отечественный аналог на базе накопленного опыта разработки биоспецифических гемосорбентов на биополимерной полиакриламидной матрице. Результатом исследований в этом направлении явилось создание отечественного полимиксинсодержащего (PMX) гемосорбента "ЛИПОСОРБ", представляющего собой полиакриламидный гель с иммобилизованным в нем аффинным к эндотоксину лигандом - полимиксином.

Цель. Изучить специфическую эффективность полимиксинсодержащего гемосорбента "Липосорб" в комплексном лечении больных с тяжелыми инфекционно-септическими осложнениями.

Материал и методы. Нами было выполнено 64 сеанса экстракорпоральной вено-венозной гемоперфузии на гемосорбенте "Липосорб" 46 пациентам с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями различного генеза, сопровождающимися гемодинамическими расстройствами. Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале "APACHE - II", выраженность полиорганной недостаточности по шкале SOFA. Средний возраст больных составил 60 ± 6 лет. Степень выраженности системного воспаления оценивалась посредством исследования CRP и прокальцитонина, уровень эндотоксина определялся при помощи экспресс-диагностических наборов МАЧ-endotox spp (НПФ "Рохат", РФ). Состояние гемодинамики оценивали методом КТ-доплерографии. Всем больным проводили мониторинг газового состояния крови, общего и биохимического анализов крови.

Результаты и обсуждение. Экстракорпоральная гемоперфузия на аффинном полимиксинсодержащем гемосорбенте "Липосорб" выполнялась по вено-венозному типу с использованием перистальтического насоса. В качестве антикоагулянта применяли болюсное введение гепарина в дозе 60 ± 20 МЕ/кг. У всех больных исходное состояние гемодинамики характеризовалось выраженной

гипотонией, снижением сердечного индекса (СИ) и общего периферического сопротивления (ОПС), все пациенты нуждались в инотропной поддержке. Проведение двухчасовой гемоперфузии через полимиксинсодержащий гемосорбент со скоростью 50-70 мл/мин позволило добиться к окончанию процедуры повышения показателей АДср с 58 ± 12 мм рт. ст до 88 ± 16 мм рт. ст, СИ с $4,2$ л/мин/м² до $4,8$ л/мин/м²; ОПС с 900 дин.сек/см-5м² до 1200 дин.сек/см-5м² при этом отмечалась тенденция к снижению доз и отмене инотропных препаратов.

Отчетливое снижение выраженности результатов МАЧ-endotox spp с 4-й до 2-й степени свидетельствовало о заметном уменьшении эндоксемии, коррелятивно связанном с улучшением показателей системной гемодинамики, газового состава крови. После проведения гемосорбции на полимиксинсодержащем гемосорбенте также отмечалось снижение уровней CRP и прокальцитонина, свидетельствующего об уменьшении системных воспалительных реакций. Следует отметить, что у некоторых пациентов эффект стабилизации гемодинамики был нестойким, поэтому гемосорбция на полимиксинсодержащем гемосорбенте проводилась двух-трехкратно с интервалом 4-6 часов. Из 46 пациентов 39 выжило (85%). В 16% случаев (6 пациентов) в постсорбционном периоде в связи с явлениями СПОН дополнительно проводилась продленная заместительная почечная терапия.

Выводы. Применение экстракорпоральной гемоперфузии на полимиксинсодержащем гемосорбенте "Липосорб" в комплексном лечении больных с тяжелыми инфекционно-токсическими осложнениями различного генеза позволяет значительно улучшить результаты лечения, воздействуя на патогенетический механизм развития и прогрессирования системного воспаления, а также предупреждать развитие тяжелых осложнений синдрома полиорганной недостаточности. Использование гемосорбента "Липосорб" в комплексной терапии инфекционно-токсических осложнений является результатом разумной альтернативой дорогостоящим аналогам Toraymixun TM (Япония) и Alteco LPS Absorber (Швеция).

ПЕРВЫЙ ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕМОСОРБЦИИ НА ПОЛИМИКСИНСОДЕРЖАЩЕМ И АНТИПРОТЕАЗНОМ ГЕМОСОРБЕНТАХ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

*Старостин А.В., Кирковский В.В., Седёлкина Е.Л., Черкасов Е.В., Казаков Ф.И.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь*

Хорошо известно, что важнейшими элементами патогенеза функционально-метаболических нарушений, возникающих при гнойно-септических заболеваниях и их

осложнениях, являются, с одной стороны, нелимитированная активация протеазной системы, а с другой - поступление в систему гемодинамики токсинов грамотрицательной флоры.

Цель. Изучить характер лечебного действия сочетанного применения двух типов биоспецифических гемосорбентов - "Овосорб" и "Липосорб".

Материал и методы. Проводилось лечение пациентов с гнойными осложнениями панкреатита и внебольничной пневмонией. Перфузия крови осуществлялась по вено-венозному типу с помощью перистальтического насоса со скоростью 50 ± 10 мл/мин через два последовательно соединенных массообменника. До и после гемосорбции изучались основные клинико-лабораторные показатели, характеризующие тяжесть проявлений эндогенной интоксикации, в том числе, уровень прокальцитонина и протеиназно-ингибиторного баланса в плазме крови.

Результаты и обсуждение. Всего проведено 42 гемосорбции на тандеме из последовательно соединенных колонок с гемосорбентами "Овосорб" и "Липосорб". 18 больных с тяжелыми гнойно-септическими заболеваниями (гнойные осложнения деструктивного панкреатита n=10, внебольничные двухсторонние пневмонии n=8). В качестве антикоагулянта применяли гепарин в дозе 50 ± 20 МЕ/кг в зависимости от исходного состояния свертывающей системы. Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале APACHE II, выраженность синдрома полиорганной недостаточности - по шкале SOFA. Критерием эффективности гемосорбции служили показатели центральной гемодинамики (АДср, СИ, ОПСС), пульсоксиметрии (SaO₂), содержание эндотоксина LPS (экспресс-метод МАЧ-Endotox), уровень протеолитической активности, CRP, концентрация прокальцитонина, динамика изменений общего и биохимического анализов крови. В качестве группы сравнения провели ретроспективный анализ 20 историй болезни пациентов с аналогичной патологией, соответствующего пола и возраста, получавших традиционное лечение.

Проведение двухчасовой гемоперфузии сопровождалось заметным клиническим улучшением состояния пациентов уже к окончанию манипуляции и в раннем постсорбционном периоде: стабилизировались показатели гемодинамики, возростала степень сатурации, уменьшалась потребность в инотропной поддержке. Динамика изменений лабораторных тестов в постсорбционном периоде характеризовалась снижением уровня протеолитической активности, содержания эндотоксина, CRP и прокальцитонина, свидетельствуя об уменьшении выраженности системного воспаления. Зарегистрирована также положительная динамика показателей общего и биохимического анализа крови. Летальность в группе пациентов, лечение которых проводилось с применением сочетанной гемосорбции, составила 16,71%, при этом позитивная клиническая динамика отмечалась у пациентов с дисфункцией двух и более органов. В группе сравнения показатель летальности составил 46,7% на фоне нарастающей полиорганной недостаточности.

Выводы. Применение сочетанной гемосорбции на антипротеиназном ("Овосорб") и полимиксинсодержащем ("Липосорб") сорбентах в комплексной терапии пациентов инфекционно-септической патологией,

сопровождающейся нелимитированной активацией системного протеолиза позволяет существенно улучшить результаты лечения. При этом применение сочетанной гемосорбции позволяет предупредить развитие тяжелых, порой фатальных явлений полиорганной недостаточности.

МЕСТО СОВРЕМЕННЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ БИЛИАРНОГО СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Стець Н.М., Насташенко И.Л., Молнар И.М., Собко А.А., Негря Е.В.
Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца
г. Киев, Украина

Актуальность. Проблема обтурации желчных путей относится к числу наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии. Это связано, с одной стороны, со значительной распространенностью как осложнений желчекаменной болезни, так и обтураций злокачественного генеза, а с другой, - с немалой частотой и тяжестью их вторичных осложнений.

Высокая летальность от полиорганной дисфункции (7,2-53%) у больных с обтурационной желтухой, которая осложнилась гнойным холангитом с последующим развитием билиарного сепсиса, остается довольно сложной и до конца не решенной диагностическо-лечебной проблемой. Традиционное лечение гнойного холангита в нынешнее время уже не может удовлетворить клиницистов - консервативная терапия при условии длительного холестаза практически неэффективна, а ургентная хирургическая практика у больных с тяжелыми метаболическими и волеическими нарушениями сопровождается высокой летальностью, которая в группе пожилого и старческого возраста достигает 50-75%.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с токсико-септическим билиарным синдромом (ТСБС) путем изучения этиологии, патогенеза, системности морфологических, биохимических, иммунологических изменений с приоритетным использованием миниинвазивных хирургических технологий и внедрением экстракорпоральных методов детоксикации.

Материал и методы. В работу включено 2723 больных с патологией гепато-билиарной системы, пролеченные за период 2000-2010 годы. Из них у 1018 (36,4%) пациентов имел место синдром механической желтухи. После всестороннего диагностическо-лечебного мониторинга оказалось, что у 831 пациентов имело место проявление токсико-септического билиарного синдрома, который составляет 30,2% от всего количества пролеченных больных. Больные с ТСБС условно были разделены на контрольную и экспериментальную группы. Контрольную группу составляли 227 (27,3%) больных с доброкачественными обтурациями билиарной системы и 134 (16,1%) с бластоматозными поражениями. Экспери-

ментальную группу составляли соответственно 320 (38,5%) и 150 (18,05%) пациентов. Контрольную группу составляли больные, которым проводилось традиционное лечение. В экспериментальную группу вошли пациенты, которым проводилось этапное хирургическое лечение с использованием миниинвазивных вмешательств и экстракорпоральных методов детоксикации. В структуре больных с синдромом желтухи механический генез последней (неопухолевого генеза) наблюдался в 534 случаях (64,3%), бластоматозного генеза 297 (35,7%). Анализ диагностическо-лечебного мониторинга определил проявления ТСБС и способствовал профилактике развития билиарного сепсиса независимо от фактора обтурации желчных путей благодаря малоинвазивным методам декомпрессии с использованием экстракорпоральных методов детоксикации.

Результаты и обсуждение. В комплексном лечении больных раннюю декомпрессию желчных путей совмещали с экстракорпоральной детоксикационной терапией, интенсивной антибиотикотерапией, энтеросорбцией. Детоксикационные методы, которые проводились у 110 больных после декомпрессии гепатобилиарной системы с помощью эндоскопической папилосфинктеротомией (ЭПСТ) с литоэкстракцией, имели свой положительный эффект, отображающийся на архитектонике и функции печени, ее размерах. Клинический эффект, полученный после проведения комплексного лечения ТСБС и лабораторно-инструментальные показатели доказали, что после сеансов плазмафереза у 41 больного и 34 пациентов после ультрафильтрации с доброкачественным фактором обтурации функциональное восстановление органов билиарной системы наблюдалось уже на 9-11 сутки. Лапароскопические холецистэктомии после ЭПСТ с литоэкстракцией было выполнено в контрольной группе у 96 (46,1%) пациентов, в экспериментальной у 184 (59,2%) больных. Билиодигестивные анастомозы составляли соответственно 55 (27,1%) и 30 (10,8%).

Выводы. 1. Комплексное этапное лечение больных с ТСБС направлено на профилактику генерализации билиарной инфекции и выступает профилактической терапией рикошета поражения органов-мишеней. 2. Использование миниинвазивных хирургических методик (ЭПСТ с литоэкстракцией, лапароскопические операции на желчных путях) с применением экстракорпоральных методов детоксикации улучшило результаты лечения больных с ТСБС.

Литература:

1. Гальперин, Э. И. Руководство по хирургии желчных путей / Э. И. Гальперин, П. С. Ветшев. - 2-е изд. - М.: Издательский дом Видар-М, 2009. - 568 с.
2. Сепсис: определение, диагностическая концепция, патогенез и интенсивная терапия / Б. Р. Гельфанд [и др.] // Инфекции и антимикроб. терапия. - 2004 - Т.6, № 2. - С. 46-60.
3. Management of cholangitis / P. C. Bornman [et al.] // Hepatobiliary Pancreat Surg. - 2003. - Vol. 10. - P. 406-414.

СЕПСИС - СИНДРОМ "МЕДИАТОРНОЙ БУРИ"

Стражеску Г., Бужор П., Круду О., Павлюк Г., Дану М.
ГУМФ им. Н.Тестемицанум,
г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Несмотря на достижения современной медицинской науки, реальные достижения в снижении летальности от хирургической инфекции весьма скромны. К сожалению, в нашей республике в настоящее время не существует общей статистики по структуре сепсиса, поэтому я обращаюсь к данным зарубежной литературы. В США ежегодно регистрируется в среднем до 500 000 случаев сепсиса. Во Франции частота выявления сепсиса представляет 6 случаев на 1000 больных, госпитализированных в хирургических отделениях, и 119 на 1000 больных, госпитализированных в отделениях интенсивной терапии. Затраты на лечение и реабилитацию одного случая сепсиса в странах Европейского Союза за прошлый год составляли в среднем 75000 евро, а в США - примерно 150000 долларов [1, 3].

Материал и методы. На протяжении последних 7 лет (2002-2009 гг.) в хирургической клинике ГКБ "Sf. Treime" находились на лечении 14812 больных, из них 5665 имели различные воспалительные процессы, связанные с инфекцией. В общей сложности, доля хирургической инфекции составляла 38,21% от общего количества хирургических больных. В зависимости от локализации первичного очага, больные распределились следующим образом: торакальная инфекция - 1575 (28%), абдоминальная инфекция - 5384 (48%), инфекция мягких тканей - 2832 (25%).

Клинико-демографическая характеристика больных с генерализованной инфекцией (сепсис) показывает следующее: мужчины - 128 (55,6%), женщины - 102 (44,4%); возраст - $48,2 \pm 13,8$; тяжесть состояния до лечения по SAPS ($X \pm s$) - $13,1 \pm 0,4$; тяжесть состояния по SAPS15 баллов - 141; тяжесть состояния по SAPS >15 баллов - 89; SIRS (II-III) - 145 (63,1%); тяжелый сепсис (сепсис-синдром) - 39 (16,9%); септический шок - 46 (20%).

Доля поступивших в хирургический стационар с различными нагноительными процессами составила 97,3% и соответственно в 2,7% гнойный процесс возник в стационаре.

Результаты и обсуждение. В настоящий момент общепринята классификация сепсиса по Bone R.C., предложенная Согласительной Конференцией по Сепсису 1991г. которая объективно отражает последовательное развитие фаз хирургической инфекции и позволила разработать необходимые практические рекомендации и протоколы по лечению септических больных [2]. Вместе с тем нельзя не отметить и некоторые упущения, в частности отсутствие в данной классификации такой, важной на наш взгляд, нозологической единицы, как септикопиемию с образованием метастатических гнойных очагов, значительно осложняющих возможности хирургической коррекции и резко возрастающих затрат на лечение больного. Диагноз сепсиса был поставлен в 230 случаях, что составляет 4,06% от общей суммы больных с хирургической инфекцией. Клиническая эффективность [Амикацин (Merkacin) +

Цефтриаксон (Cefamed) + Метронидазол] у септических больных ($n=96$), характеризуется положительным эффектом у 82 (85,4%), из них с выздоровлением - 67 (67%), с улучшением - 15 (15,7%); неэффективность терапии выявлено у 14 (14,6%), из них отсутствием эффекта - 8 (8,4%), рецидив - 3 (3,1%), невозможно оценить эффект - 3 (3,1%). В 176 (76,5%) случаях бактериологическое исследование больных с сепсисом выявило бактериемию. Летальность в группе больных с сепсисом составило 72 больных (32,5 %).

Выводы. Бактериологическое исследование биологического субстрата (кровь, гной, экссудат, детрит) свидетельствует, что хирургическая инфекция вызывается чаще всего (72%) полимикробной флорой (микробной ассоциацией состоящей из 2-х и более видов патогенов) и лишь в 28% констатируется моноинфекция.

На сегодняшний день получены убедительные доказательства эффективности комбинации цефалоспоринов III поколения с амикацином, которое демонстрирует высокую клиническую (95,8%) и бактериологическую (96,2%) эффективность у пациентов с бактериальным сепсисом.

Литература:

1. Hoeffel, D. P. Molekular diagnostics for the detection of musculoskeletal infection / D. P. Hoeffel, S. H. Hinrichs, K. L. Garvin // Clin. Orthopaed. Red. Res. - 1999. - Vol. 360. - P. 37-47.
2. Marik, P. E. Ch. 189b in intensiv care medicine / P. E. Marik, J. Varon; eds. R. S. Irvin [et al.]. - Philadelphia, 1999. - P. 2031-2047.
3. Dellinger, R. P. Current Therapy for sepsis / R. P. Dellinger // Infect. Dis. Clin. N. Am. - 1999. - Vol. 13, N 2. - P. 495-509.

ДИНАМИЧЕСКОЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Стручков Ю.В., Горбачева И.В.
ММА им. И.М.Сеченова,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Послеоперационный перитонит является актуальной проблемой современной хирургии, его частота составляет от 2% до 5% при плановых операциях и от 3% до 7,8% при экстренных вмешательствах на органах брюшной полости. Летальность при послеоперационном перитоните колеблется от 28,6% до 72,9%.

Цель. Выявить ультразвуковые критерии ранней диагностики послеоперационного и динамики развития продолжающегося перитонита.

Материал и методы. За период с 2004 по 2009 гг. на базе городской клинической больницы № 23 им. "Медсантруд" нами было обследовано 540 больных после операций на органах брюшной полости. В наше исследование мы включили больных, перенесших операции, связанные с нарушением непрерывности желудочно-

кишечного тракта. В качестве основного диагностического метода мы использовали ультразвуковое исследование.

Результаты и обсуждение. Больные, по результатам ультразвукового наблюдения, а также с учетом данных клинического течения, были разделены на 3 группы: гладкое течение послеоперационного периода, сомнительное течение, неблагоприятное течение послеоперационного периода. При гладком течении послеоперационного периода при динамическом ультразвуковом исследовании отмечается наличие небольшого количества свободной жидкости в первые сутки после операции в тех отделах брюшной полости, которые являются ближайшими к зоне операции. На вторые сутки жидкость уже не лоцируется. Преобладает пневматоз. Перистальтика у больных этой группы восстанавливается на вторые сутки после операции. Зона анастомозов и культей полых органов лоцируется со вторых суток в течение 2-3 суток, чаще всего как неоднородной экзогенности образование с гипозоногенным венчиком. Общее состояние больных этой группы быстро нормализовалось. Осложнений не наблюдалось. При сомнительном течении количество жидкости несколько больше, и, как правило, вне досягаемости дренажей. На фоне пневматоза лоцируются отдельные петли тонкой кишки с жидкостным содержимым. Перистальтика восстанавливается на 1-2 суток позже. Сомнительное течение послеоперационного периода было нами отмечено у 220 больных, у 70 больных в этой группе отмечались такие осложнения, как поддиафрагмальный абсцесс, кишечная непроходимость и прочее. При неблагоприятном течении послеоперационного периода ультразвуковая картина резко отличалась от предыдущих двух типов. Количество свободной жидкости не сокращалось, и даже не оставалось прежним (как при сомнительном течении), а нарастало с течением времени как ее количество, так и число анатомических областей. Просвет петель кишки расширялся, стенка утолщалась, достигая 7-9 мм и, по мере развития перитонита, становилась слоистой структуры. Внутрипросветное содержимое в петлях кишки преимущественно жидкостное, а не газообразное. Имелись выраженные явления гастростаза и застойных явлений в желчном пузыре. Культы полых органов и анастомозы не имеют четких контуров, расширены. Таких больных наблюдалось 80. У всех данные ультразвукового наблюдения совпали с данными релапаротомии, то есть все больные имели послеоперационный или прогрессирующий перитонит.

Выводы. Таким образом, достоверными критериями продолжающегося или послеоперационного перитонита следует считать:

стойкие явления пареза (преобладание жидкостного содержимого над газообразным в просвете кишки, расширение ее просвета; утолщение стенки кишки, слоистая ее структура; отсутствие перистальтики);

сочетание наличия свободной жидкости более чем в 2 анатомических областях с явлениями пареза, увеличение ее количества при динамическом наблюдении;

отсутствие положительной динамики при наблюдении соответственно времени, прошедшего с момента операции.

Достоверность ультразвукового наблюдения при этом равна 98%.

СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Сушков С.А., Небылицин Ю.С.,
Фролов Л.А., Матющенко В. В.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Одной из актуальных проблем хирургии является лечение абдоминальных гнойно-воспалительных заболеваний и их осложнений. В структуре летальности перитонит занимает одно из первых мест, а смертность может достигать при распространенных формах до 83% [1]. Поэтому, все исследования, направленные на раннюю диагностику и лечение заболевания, являются актуальными [1, 2].

Цель. Оценка состояния коагуляционного гемостаза у пациентов с распространенным перитонитом.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования 89 пациентов с перитонитом, находившихся на лечении в УЗ "Вторая Витебская областная клиническая больница" в период с 1997 г. по 2009 г. (мужчин-49, женщин-40). Средний возраст пациентов варьировал от 14 до 85 лет и составлял $42,5 \pm 18,3$ года ($M \pm \sigma$). В качестве контрольной группы (группа №1) обследовано 30 практически здоровых человек.

Группу №2 составили 52 пациента с местным перитонитом. Причинами развития местного перитонита являлись острый деструктивный аппендицит в 42 случаях, что составляло 79,2%, острый деструктивный холецистит - 11 (20,8%) случаев.

Группу №3 составили 37 пациентов с распространенным перитонитом. Причинами развития распространенного перитонита являлись острый деструктивный аппендицит в 5 случаях, что составляло 13,5%, перфорация гастродуоденальных язв - 9 (24,3%), острый деструктивный холецистит - 10 (27,1%), острая кишечная непроходимость - 6 (16,2%), мезентериальный тромбоз - 4 (10,8%), ранения и повреждения органов брюшной полости в 3-х (8,1%) случаях.

Оценка системы коагуляционного гемостаза включала: определение концентрации фибриногена суховоздушным способом по методу Р.А. Рутберг, определение фибриногена В в плазме по Н. Compline, А. Lyons, определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) путем добавления к плазме суспензии каолина и эритрофосфатида, определение протромбина путем определения свертывания плазмы при добавлении тромбопластина и хлорида кальция, определение времени рекальцификации плазмы по методу Хауэлла в модификации Б.А. Кудряшова, толерантность плазмы к гепарину определяли по Сиггу.

Цифровой материал обрабатывали статистически с использованием стандартных пакетов прикладных программ "Statistica - 6,0".

Результаты и обсуждение. В венозной крови контрольной группы (группа №1) уровень протромбина равнялся $0,91 \pm 0,07$, фибриногена - $2,52 \pm 1,12$ г/л, АЧТВ

составляло $28,83 \pm 1,89$ сек, время рекальцификации плазмы - $92 \pm 3,09$ сек, толерантность плазмы к гепарину - $7,85 \pm 0,5$ (мин), фибриноген В оказался отрицательным (—) ($n=30$, $M \pm$).

В венозной крови у пациентов с местным перитонитом (группа №2) уровень фибриногена оказался увеличенными на 19,8% по сравнению с контрольными значениями и равнялся $3,02 \pm 1,42$ ($n=52$, $M \pm$, $p < 0,05$). Остальные показатели коагуляционного гемостаза: уровень протромбина, фибриногена В, АЧТВ, толерантность плазмы к гепарину и время рекальцификации плазмы - статистически не отличались от показателей в контрольной группе.

У пациентов с распространенным перитонитом (группа №3), уровень фибриногена оказался увеличенными на 61,5% по сравнению с контрольными значениями и равнялся $4,07 \pm 1,38$ г/л ($n=37$, $M \pm$, $p < 0,05$). Уровень протромбина статистически не отличался от показателей в контрольной группе. Определялось укорочение времени рекальцификации плазмы и АЧТВ в сравнении с контролем на 10,8% и 17,2% соответственно и составляло $82,1 \pm 2,45$ сек и $23,88 \pm 1,47$ сек ($n=32$, $M \pm$, $p < 0,05$). Отмечалось укорочение толерантности плазмы к гепарину на 12,1% и составляло $6,9 \pm 0,5$ (мин). Также определялось увеличение содержания фибриногена В (++).

Таким образом, проведенные исследования показали, что течение распространенного перитонита характеризуется развитием гиперкоагуляции. Наиболее информативными тестами характеризующие изменение состояния коагуляционного гемостаза являются выявление концентрации фибриногена, фибриногена В и АЧТВ.

Выводы.

1. У пациентов распространенным перитонитом состояние коагуляционного гемостаза характеризуется гиперкоагуляцией.

2. Наибольшей диагностической информативностью обладают тесты выявления концентрации фибриногена, фибриногена В и активированного частичного тромбопластинового времени.

3. В комплексное лечение пациентов с распространенным перитонитом необходимо включать препараты, корригирующие нарушения коагуляционного гемостаза.

Литература:

1. *Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия* / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. - М.: Литтера, 2006. - 168 с.

2. *Маслякова, Г. Н. Сущность и значение ДВС-синдрома при остром перитоните* / Г. Н. Маслякова // *Хирургия*. - 2002. - № 1. - С. 21-23.

ДИАГНОСТИКА И РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОМИЕЛИТОВ ГРУДИНЫ

Татур А.А., Кудин М.П., Гончаров А.А., Кардис В.И., Скачко В.А., Пландовский А.В., Попов М.Н., Михович И.Г., Жакенов Д.Ю.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

УЗ "10-я городская клиническая больница"

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Остеомиелит грудины (ОГ) является тяжелым послеоперационным осложнением после выполнения трансстернальных и трансторакальных вмешательств, мастэктомии, травм груди, гнойных процессов плевры и средостения [1, 2].

Цель. Изучение этиологии, оптимизация диагностики и одноэтапного радикального хирургического лечения ОГ.

Материал и методы. В Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделения торакальной хирургии 10-й ГКБ в 1999-2009 гг. в радикальном объеме оперировано 85 больных по поводу ОГ различной этиологии. Мужчин было 53 (62,4%), женщин - 32 (37,6%) в возрасте от 22 до 81 года.

Результаты и обсуждение. Основной причиной развития ОГ явились медиастинальные и раневые гнойные осложнения после полной продольной стернотомии (СТ) при выполнении различных кардио-хирургических вмешательств у 59 больных (66,2%), причем преимущественно после реваскуляризации миокарда (71,2%). У 7 больных (8,2%) ОГ развился после продольно-поперечной СТ при хирургическом лечении тимогенной миастении и пищеводно-респираторных свищей. После комбинированного лечения рака молочной железы ОГ развился у 12 пациенток (14,1%), причем у всех - после мастэктомии по Холстеду. После вмешательств на органах грудной клетки по поводу травм, нагноительных заболеваний легких и плевры ОГ был выявлен у 7 больных (8,2%). Развитию ОГ способствовали нарушение кровоснабжения (забор мамарной артерии, лучевая терапия и др.), нестабильность швов в зоне СТ, остепороз, искусственное кровообращение, ХОБЛ, сахарный диабет, поздняя диагностика нагноения раны и медиастенита. С целью уточнения локализации, характера и распространенности стернально-медиастинального процесса больным выполнялось РКТ, скинтиграфия, фистулография, термография. У 80 % больных ОГ сочетался с двусторонним хондроперихондритом ребер, у 20% - с поражением передних отрезков ребер с одной стороны. У 26 пациентов (30,6%) был стерномедиастенит, у 12 (14,1%) - эмпиема плевры. При поступлении у 14,1% пациентов был верифицирован сепсис. Консервативное лечение ОГ бесперспективно. Кардиотропная терапия, компенсация сахарного диабета, бакисследование, снятие металлических швов с грудины с санацией средостения, дренирование полости эмпиемы, перевод на прямые антикоагулянты позволяют в течение 2-4 недель подготовить больных к операции. Операционный доступ избирался индивидуально с учетом распространенности гнойно-деструктивного стернального процесса и плани-

руемой мобилизации мышечных лоскутов. Одноэтапная операция в радикальном объеме заключалась в резекции в пределах здоровых тканей деструктивно-измененной грудины (от краевой до субтотально-тотальной) и передних отрезков ребер (от 2 до 14). После тщательного аргон-плазменного гемостаза проводили пластику дефектов грудной стенки перемещенными васкуляризованными мышечными лоскутами, причем у 8 больных (9,4%) - в сочетании с большим сальником. При ОГ после полной продольной СТ проводили бипекторальную миопластику по оригинальной методике. У пациенток после мастэктомии была выполнена контрлатеральная монопекторальная пластика. Только у одной больной с выраженным постлучевым дерматитом развился некроз перемещенных лоскутов кожи, и ей в последующем успешно была проведена TRAM-пластика. При краевом ОГ проводили резекцию зоны деструкции с местной миопластикой. Послеоперационное лечение включало целенаправленную антибактериальную и иммуномоделирующую (ронколейкин, аутокровь с иммунофаном и гипох-лоритом натрия) терапию, активную вакуум-аспирацию, наложение пелота с бандажем, лазероманнитерапию. Умерло 4 больных от прогрессирования сердечной недостаточности (3) и сепсиса (1) и послеоперационная летальность составила 4,7%.

Выводы. Комплексное лечение ОГ с проведением предоперационной подготовки, радикального вмешательства с миопластикой дефекта грудной стенки, интенсивная терапия в послеоперационном периоде в условиях РЦТХ позволило реабилитировать 95,3% больных с этой тяжелой патологией.

Литература

1. Татур, А. А. *Диагностика и комплексное лечение хондрита и остеомиелита ребер и грудины* / А. А. Татур // *Здравоохранение*. - 2004. - № 2 - С. 38-42.

2. *Объем резекции костей при остеомиелите грудной стенки* / А. А. Кутин [и др.] // *Хирургия*. - 1998. - № 8. - С. 17-19.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Фаязов Р.Р., Кунафин М.С., Сibaев В.М., Мехдиев Д.И., Чистоступов К.С., Ефремова О.А.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ",
г. Уфа Российская Федерация

Цель. Оценить эффективность разработанного комплексного лечения рожистого воспаления

Материал и методы. В клинический материал включены результаты лечения 92 больных с различными формами рожистого воспаления (эритематозно-буллезная 52 человека (57%), буллезно-геморрагическая 15 (16,7%), эритематозная 14 (15,2%), гнойно-некротическая 11 (11,1%)). В течение времени наблюдения эрите-

матозно-геморрагической формы не было. В группу сравнения вошли 38 (41,3%) больных (10 больных (26,31%) с осложненными формами), получавших традиционное лечение. В основную группу включено 54 (58,7%) больных, из них 16 больных (29,62%), которым при осложненных формах рожистого воспаления проводилось оперативное лечение - декомпрессионная волнообразная и контурная дерматомия. Суть метода заключается в следующем: производятся контурные разрезы кожи, подкожной жировой клетчатки с пересечением региональных надфасциальных лимфатических сосудов на расстоянии 1,0 - 1,5 см по контуру рожистого воспаления, подготавливая инфицированную поверхность для вальнесорбции. В контрольной группе при осложненных формах проводились этапные некрэктомии. Проведение антибактериальной терапии включает следующие этапы:

1) препаратами стартовой антибиотикотерапии при эритематозной форме является эритромицин 0,5 внутривенно 2 раза в день 7-10 дней до купирования процесса. При осложненных формах до получения чувствительности к антибиотикам назначаются цефтриаксон 1,0 внутривенно 2 раза в сутки + эритромицин 0,5 внутривенно 2 раза в сутки;

2) основная терапия проводится уже с учетом антибиотикограмм и по имеющемуся у нас опыту включает следующие препараты: ингибиторзащищенные пенициллины и цефалоспорины, карбепенемы, цефалоспорины 3-4 поколения. В нашем исследовании при данных формах рожистого воспаления и при наличии сопутствующей патологии, осложняющей ход патологического процесса применялись такие препараты, как амоксицилин 1,0 в/в 2 раза в сутки, клиндамицин 0,6 два раза в сутки.

3) профилактическая антибактериальная терапия включала инъекции бициллина 5 внутримышечно 1 раз в неделю в течение 4 недель.

В послеоперационном периоде, наряду с системной антибактериальной терапией, проводилось местное лечение - перевязки с использованием состава димексид - борная кислота 4% водный раствор в разведении 1:3. Одновременно проводилась инфузионная терапия внутривенно 1,5% раствором реамберина по 400 мл внутривенно 2 раза в сутки, приемом иммурега 0,25 3 раза в сутки и вобэнзима по 6 таблеток 6 раз в сутки per os.

На 1, 3, 7 и 10-е сутки проводилась оценка микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии, основанном на зондировании тканей лазерным излучением с длиной волны 0,63 и 1,15 мкм и расчетом доплеровского смещения от подвижных элементов крови, для чего использовали аппарат ЛАКК-02 (НПО "Лазма" г. Москва).

Результаты и обсуждение. При раннем хирургическом вмешательстве с дальнейшим лечением по разработанной схеме в основной группе процесс купировался уже на 2-3 сутки: местно уменьшались гиперемия, отек, местная болезненность; из общих проявлений нормализовалась температура тела, уменьшалась интоксикация. При применении повязки с раствором димексид-борная кислота на участки некроза деструктивный процесс ограничивался уже на 1-2 сутки с дальнейшей краевой эпителизацией уже на 3 сутки, заживая вторичным натяжением. Максимальный эффект

при эритематозной форме наблюдался на 3-5 сутки, при эритематозно-буллезной - на 5 сутки, при буллезно-геморрагической - на 6 сутки. Особенности и эффективность течения раневого процесса подтверждено цитологическим, бактериологическим исследованиями, данными лазерной доплеровской флоуметрии.

Таким образом, применение комплексного хирургического лечения по разработанной методике позволяет добиться хороших результатов у подавляющего числа больных, снизить количество койко-дней с $10 \pm 0,49$ до $8,8 \pm 0,28$ ($p < 0,05$).

Выводы. Использование разработанного способа лечения рожистого воспаления позволяет улучшить результаты, снизить сроки пребывания больного на койке, улучшить отдалённые результаты.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕФЕКТА ПОЛОГО ОРГАНА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Шишло И.Ф.

ГУ "РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Трудности ранней диагностики послеоперационного перитонита (ПП), заключающиеся в отсутствии ясной клинической картины развивающегося осложнения, а также специфических симптомов заболевания, ограничивают возможности радикальной хирургической помощи таким больным [1, 2]. Изменение течения послеоперационного периода после абдоминальной операции часто связывают с подозрением на острую хирургическую патологию, в первую очередь, с несостоятельностью анастомоза или перфорацией полого органа. Применение методик экспресс-диагностики дало возможность своевременно выставить показания к срочной операции у 86,8% онкологических больных с подозрением на ПП [3].

Цель. Сравнить эффективность основных методик диагностики дефекта полого органа у онкологических больных при подозрении на ПП.

Материал и методы. На 130 онкологических больных с ПП изучена эффективность выявления дефекта полого органа по данным клинической оценки содержимого дренажа, рентгеноконтрастного исследования (РКИ), цветоконтрастного исследования (ЦКИ) и рентгено-цветоконтрастного исследования (РЦКИ). Результаты сравнивали с данными, полученными при интраоперационной ревизии или на патологоанатомическом вскрытии. Рассчитывали показатели диагностической чувствительности, специфичности и точности метода с 95% доверительным интервалом (95% ДИ).

Результаты и обсуждение. Чувствительность РКИ существенно уступала клиническому методу и ЦКИ ($p < 0,05$), незначительно РЦКИ ($p > 0,05$).

Более высокая чувствительность клинической методики в сравнении с РКИ, вероятно, была обусловлена выбором методики исследования. Появление патологических примесей в отделяемом из брюшной полости обычно свидетельствовало о несостоятельности анастомоза или перфорации полого органа и, как правило, было достаточным основанием для релапаротомии. При выделении серозно-геморрагической жидкости чаще использовались контрастные методики. Если дренажи не функционировали или были извлечены, то РКИ оставалось единственным методом выявления перфорации. РЦКИ в виде дополнения РКИ к ЦКИ не повышало диагностическую чувствительность по сравнению с ЦКИ ($p > 0,05$).

Специфичность существенно не различалась, в зависимости от выбранной методики исследования. При применении контрастных методов не отмечено случаев гипердиагностики перфораций: специфичность составила 100%. Содержимое дренажей у 4 (8,2%) больных клинически ошибочно расценено как состоящее из патологических примесей, а выявленный на операции перитонит оказался без признаков расхождения швов или перфорации кишечника, что соответствовало гипердиагностике, за счет чего специфичность визуальной оценки составила 63,6%. Диагностическая точность методик существенно не различалась ($p > 0,05$).

Выводы.

1. Высокая диагностическая чувствительность выявления дефекта полого органа при ПП, по данным клинического метода, ЦКИ, а также РЦКИ зачастую зависела от функционирования дренажей. Единственным доказа-

Таблица 1. Выявление дефекта полого органа при ПП по данным различных методик исследования (в %)

Диагностический критерий	Методика исследования			
	Клиническая (n=49)	Рентгено-контрастная (n=41)*	Цветоконтрастная (n=27)	Рентгено- + цветоконтрастная (n=13)
Чувствительность	36/38 94,7 (80,9–99,1) $p < 0,05$	7/21 33,3 (15,5–56,9)	17/21 81,0 (57,4–93,7) $p < 0,05$	8/9 88,9(50,7–99,4) $p > 0,05$
Специфичность	7/11 63,6 (31,6–87,6) $p > 0,05$	20/20 100 (80,0–99,5)	6/6 100 (51,7–98,7) $p > 0,05$	4/4 100 (39,6–97,7) $p > 0,05$
Точность	43/49 87,8 (74,5–94,2) $p > 0,05$	27/41 65,9 (49,3–79,4)	23/27 85,2 (65,4–95,1) $p > 0,05$	12/13 92,3(62,1–96,6) $p > 0,05$

Примечания: * - p - по отношению к данным рентгеноконтрастной методики исследования; в скобках - 95% доверительный интервал (95% ДИ)

тельным методом диагностики перфорации при отсутствии дренажной функции являлось РКИ.

2. Диагностическая специфичность контрастных методик была максимальной, а при клинической оценке содержимого дренажей не исключались случаи гипердиагностики перфоративных состояний.

Литература:

1. Послеоперационные осложнения у больных перитонитом / Б. К. Шуркалин [и др.] // Хирургия. - 2003. - № 4. - С. 32-35.

2. Conservative surgical treatment of diffuse peritonitis / C. A. Seiler [et al.] // Surgery. - 2000. - Vol. 127, N 2. - P. 178-184.

3. Шишло, И. Ф. Возможности ранней диагностики послеоперационного перитонита у онкологических больных / И. Ф. Шишло // Мед. панорама. - 2010. - № 4. - С. 58-60.

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ

Чур Н.Н., Чур С.Н.

ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", УЗ МОКБ, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Госпитальные (нозокомиальные) инфекции и инфекционные осложнения в отделениях хирургического профиля представляют важную проблему и являются причиной удлинения сроков госпитализации, повышения финансовых затрат на лечение, не вполне удовлетворительных результатов оперативного пособия. Надежды только на антибиотики оказались не совсем оправданными. [1, 2].

В настоящее время в результате селективного пресинга антибиотиков, применяемых в медицинской практике, антибиотикорезистентность приняла глобальный характер.

Гнойная рана - сложное и многоплановое явление. В настоящее время наибольшее внимание вызывают следующие проблемы, имеющие фундаментальный характер: факторы микроорганизмов, оказывающие влияние на другие микроорганизмы, системы антибактериальной защиты организма, регуляция иммунного ответа при гнойной инфекции. К местным факторам относят анатомо-физиологические особенности очага внедрения микрофлоры, степень повреждения тканей, расстройство кровоснабжения и лимфооттока, состояние местного иммунитета тканей. Клинический опыт подтверждает, что функциональное состояние поврежденных тканей является ведущим фактором, определяющим возможность перехода бактериально загрязненной раны в инфицированную.

Цель. Определение эффективности антибиотика "Дорипрекс" в лечение больных с госпитальными инфекциями и инфекционными осложнениями.

Материал и методы. Одним из современных препаратов является "Дорипрекс" - новый антибиотик группы карбапенемов. Он показан к применению в качестве эмпирической монотерапии тяжелых бактериальных инфекций у взрослых пациентов, вызванных

чувствительными грамположительными, грамотрицательными бактериями и анаэробными микроорганизмами, а именно: при интраабдоминальных инфекциях, инфекциях нижних дыхательных путей, включая нозокомиальную пневмонию, инфекциях полости малого таза, а также инфекциях кожи и мягких тканей и целого ряда других инфекционных заболеваний различной локализации и генеза. Особенно он оказался эффективным при инфекциях, вызванных *Pseudomonas aeruginosa* [3]. В гнойном хирургическом отделении Минской областной клинической больницы дорипрекс начал применяться с 2009 года. Всего наблюдалось 28 пациентов с тяжелой инфекцией: обширные поражения нижних и верхних конечностей при некротических формах рожистого воспаления - 8; панкреонекрозы - 6; флегмоны шеи с развившимся медиастинитом как при поражении ЛОР-органов, так и при инфекции полости рта и челюстно-лицевой области - 7; хирургическом сепсисе - 7. В большинстве случаев дорипрекс назначался по 500 мг в виде внутривенной инфузии в течение 1 часа, разведенного в 0,9% растворе хлорида натрия, 3 раза в сутки. В пяти случаях (с учетом улучшенных показателей стабильности препарата в растворе) использовали пролонгированную четырех часовую инфузию по 500 мг, что обеспечивало концентрацию препарата в очаге выше МПК в отношении микроорганизмов со сниженной чувствительностью. Эмпирическая антибиотикотерапия начиналась сразу от поступления больных в отделение и проводилась в течение 7-8 суток. Получены обнадеживающие результаты.

Мы придерживались "де-эскалационной" методики антибиотикотерапии препаратом дорипрекс, а не путем наращивания доз и замены менее на более эффективные антибиотики (эскалационный метод). При этом начальный курс терапии корректируется по получении результатов микробиологического исследования культур и после проведения тестов на чувствительность. Такой двухступенчатый подход с использованием агрессивной стартовой терапии с последующей тактикой "де-эскалации" позволял немедленно и эффективно лечить больных с тяжелыми инфекциями, а также избегать при этом чрезмерного использования антибиотиков, развития лекарственной устойчивости и высоких финансовых затрат.

Выводы. При применении "Дорипрекса" повышается эффективность лечения острых гнойно-некротических процессов за счет высокого бактерицидного действия и ускорения очищения раневых поверхностей от некротических тканей.

Литература:

1. Ерюхин, И. А. Инфекция в хирургии. Старая проблема накануне нового тысячелетия / И. А. Ерюхин / *Вестн. хирургии им И. И. Грекова*. - 1998. - Т. 157, № 1. - Ч. I. - С. 85-91.

2. Микрофлора при хирургической инфекции мягких тканей / В. В. Берещенко [и др.] // *Актуальные вопросы хирургии: материалы XXV пленума Правления Ассоц. белорус. хирургов и Респ. науч.-практ. конф., Борисов, 25-26 сент. 2008 г.* - Борисов, 2008. - С. 138-140.

3. Keam, S. J. Doripenem: a review of use in the treatment of bacterial infections / S J. Keam // *Drugs*. - 2008. - Vol. 68, N 14. - P. 2021-2057.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ

Чур Н.Н., Подгайский В.Н., Чур С.Н., Казловский А.А.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
УЗ "МОКБ",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) - это самое частое осложнение диабета. С ним связана примерно треть госпитализаций больных диабетом. Этот синдром, который в половине случаев заканчивается ампутацией одной или обеих нижних конечностей, возникает у 80% больных сахарным диабетом спустя 15-20 лет после начала болезни. Две трети больных умирают от гангрены нижних конечностей. При этом развитие гангрены у больных с сахарным диабетом наблюдается в 40 раз чаще, чем в общей популяции [1, 2, 3].

Цель. Снижение высоких ампутаций нижних конечностей и летальности, улучшение качества жизни больных.

Материал и методы. За период 2003-2009 гг. в хирургической клинике БелМАПО на базе УЗ МОКБ лечилось 484 пациента в возрасте от 24 до 79 лет с СДС. Соотношение женщин и мужчин было 1:1; преобладал сахарный диабет II типа (89,8%). Нейропатическая форма выявлена у 231 больного (47,7%), нейроишемическая - у 149 (30,8%), а ишемическая - у 104 (21,5%). Виды поражения стоп были следующими: трофические язвы, некрозы кожи стоп, остеоартропатии (включая сустав "Шарко"), сухие и влажные гангрены одного или нескольких пальцев, гнойно-некротическая флегмоны и гангрены стоп. Сразу же при поступлении у больных определялась клиническая форма СДС и решалась тактическая задача - выбор способа лечения: только консервативное или сочетанное (оперативное с консервативным). Для этого выполнялись УЗ-исследования и ангиография. При наличии условий все операции по реваскуляризации конечностей включали реконструктивные и восстановительные операции на сосудах различных сегментов. Показаниями к оперативному лечению на сосудах были:

- а) неэффективность консервативной терапии, сохранение или прогрессирование критической ишемии;
- б) возможность выполнения реконструктивной сосудистой операции по сосудистому статусу.

Всего таких вмешательств было выполнено 126 (37,6%) пациентам из 335 с нейроишемической и ишемической формами СДС. Некрэктомии, малые ампутации в различных сочетаниях выполнялись до операций по реваскуляризации конечностей, либо после (в зависимости от течения гнойно-некротического процесса). Завершающим этапом в хирургическом лечении гнойно-некротических ран и язв на стопах при СДС являлось укрытие дефектов мягких тканей. Всего было выполнено 136 подобных вмешательств.

Независимо от предполагаемой тактики лечения, проводилась стандартная консервативная терапия. Она представляет собой комбинацию препаратов для внутри-

венного введения с последующим переходом на таблетированные препараты. Лечение мидокалмом оказалось предпочтительнее, чем пентоксифиллином (в/в 600 мг/сутки или 150 мг/сутки внутрь). Роль мидокалма обусловлена его действием на сосудистую систему путем усиления кровотока в бедренной артерии, вследствие периферической вазодилатации, а также улучшением оттока лимфы.

Результаты и обсуждение. Мы разделили всех пациентов с нейроишемической и ишемической формами СДС (335) на 2 группы. В первую было включено 126 пациентов, которым выполнялись вмешательства на артериях. Большинству из них (108 - 85,7%) производились некрэктомии, малые ампутации с последующим закрытием раневых дефектов одним из указанных выше способов. Показаниями к "высоким" ампутациям были: некоррегируемая ишемия и прогрессирующая влажная гангрена; угроза сепсиса. В этой группе было выполнено 12 высоких ампутаций (9,5%), один пациент умер (0,8%). Во второй группе (209 человек) в основном лечение осуществлялось консервативное, а также некрэктомии, малые ампутации и, по показаниям, - высокие. Среди них было выполнено 45 (21,5%) высоких ампутаций, а летальность составила 4,3% (9 больных).

Выводы. Наиболее тяжелыми из всех форм СДС являются нейроишемическая форма. Внедрению в практику реваскуляризации и закрытия раневых дефектов сложно-составными лоскутами на сосудистых связях существенно расширило диапазон хирургических возможностей при лечении больных с гнойно-некротическими поражениями стоп. Эти высокие технологии с применением микрохирургической техники позволило в 2 с лишним раза уменьшить число высоких ампутаций и, соответственно, летальность - почти в четыре раза.

Литература.

1. Гришин, И. Н. Синдром диабетической стопы / И. Н. Гришин, Н. Н. Чур. - Мн., 2000. - 172 с.; ил.
2. Косинец, А. Н. Синдром диабетической стопы / А. Н. Косинец, А. А. Зеньков. - Витебск: ВГМУ, 2003. - 214 с.
3. Brodsky, J. W. Outpatient diagnosis and care of the diabetic foot / J. W. Brodsky // Instr. Course. Lect. - 1993. - Vol. 42. - P. 121-139.

ABDOMINAL SEPSIS: EFFICACY OF PASSIVE IMMUNOTHERAPY

Polevoy V.P., Sydorчук R.I., Fomin P.D., Solovay YU. M., Sydorчук I.I., Sydorчук L.P.
National State Medical University of Ukraine,
Bucovinian State Medical Academy,
с. Chernovtsy, Republic of Ukraine

Background. Due to immune disorders playing a key role in development of Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) passive immune therapy is considered to be a method of choice for abdominal sepsis (AS) patients. Existing remedies (specific hyper immune serum, specific antibodies and immunoglobulins) are expensive and require exact validation of pathogens. The aim of the study was to evaluate the efficacy

of using the AS reconvalescent donors plasma for passive immunotherapy of AS.

Methods. The study was conducted either experimentally on 775 Wistar line rats and 38 inbred dogs. Totally 296 patients with AS were also involved into the study; 58 formed control group; 26 patients were selected as reconvalescent donors of plasma. Serum concentrations (ELISA) of major antibodies were determined against most significant pathogens (E.coli, Staphylococcus spp., S.aureus, Bacteroides spp, K. pneumoniae, P. aeruginosa).

Results. Changes of serum antibodies concentrations were time dependent and fluctuating during the current of AS forming the waveform curve. Most remarkable decreases were found during 24-72 hours of AS. Serum antibodies titres to main pathogens were slightly higher due to antibiotics and detoxication therapy. Operation by itself decreased titres from $4,42 \pm 0,28$ to $3,49 \pm 0,25$ (E.coli), from $5,41 \pm 1,02$ to $3,0 \pm 0,58$ (P.aeruginosa). Antistaphylococcal antibodies titres decreased from $7,22 \pm 0,9$ before surgery to $4,83 \pm 0,47$ after. Repeated

operations alter antibodies concentrations even more significantly. The highest levels of antibodies were found in patients who underwent successful treatment of AS one to two months prior to investigation. Their plasma was used in treatment of AS patients. Intravenous administration of two-dose 100-200 ml of hyper immune plasma per day prevented following decrease of antibodies levels and in 98% case increased them ($21,39 \pm 1,47\%$). The cost of treatment was 15-37% lower if compare with traditional methods (control group).

Conclusion. There is an exact evidence of hyperimmune plasma using efficacy in patients with abdominal sepsis; it is more cost effective if compare with traditional methods of immunotherapy.

References

1. Solomkin, J. S. Intra-abdominal Sepsis: Never Interventional and Antimicrobial Therapies / J. S. Solomkin, J. Mzusi // Infect. Dis. Clin. N. Am. - 2009. - Vol. 23. - P. 593-608.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРАТИТЕ

Белорусец В.Н., Радиевский И.Л.,
Гусинец А.С., Шестюк А.М.,
Деркач И.Н., Завистович Г.А., Павлов Б.М.
УЗ "Брестская областная больница", г. Брест,
Республика Беларусь

Актуальность. Острый деструктивный панкреатит, в основе которого лежит массивный панкреонекроз, остается одной из нерешенных проблем в хирургии. Именно ОДП является основным поставщиком общей и послеоперационной летальности при острых хирургических заболеваниях брюшной полости.

В патогенезе ОДП выделяют три компонента: собственно панкреонекроз-деструкция ткани ПЖ; ферментативное поражение парапанкреатической жировой клетчатки; ферментативная экссудация в брюшную полость. Лечебное воздействие на собственно панкреонекроз разработано подробно и нашло отражение в протоколах диагностики и лечения. Мощная терапия, примененная в первые сутки заболевания обеспечивает "обрыв" деструктивных процессов в ПЖ. Лапароскопическая эвакуация перитонеального экссудата и адекватное дренирование на фоне консервативного лечения приводит к быстрому купированию перитонита. Лечебное воздействие на пораженную парапанкреатическую клетчатку представляет наиболее сложную задачу. Первично асептический некроз парапанкреатической клетчатки становится основным источником эндотоксикоза, а в последующем при инфицировании, сепсиса и полиорганной недостаточности. Лапароскопическое дренирование сальниковой сумки решает проблему лишь отчасти. Оментобурситы, вследствие прорыва экссудата в полость сальниковой сумки, формируются только у трети больных. Манипуляции в этой зоне на фоне выраженного воспаления требуют высокой квалификации хирурга и чреваты опасными осложнениями (повреждение желудка, 12-перстной, ободочной кишки, кровотечения). Ранние хирургические вмешательства открытого типа с широким дренированием забрюшинной клетчатки травматичны, утяжеляют состояние больных, приводят к повышению летальности.

Цель работы: Клиническая оценка методик лапароскопической декомпрессии забрюшинной клетчатки, разработанной С-Пб НИИ скорой помощи им. Джанелидзе. [1]

Материал и методы. Выполняется лапароскопия с установкой "портов" в стандартных точках. Эвакуируется перитонеальный экссудат, оцениваются зоны преимущественного поражения забрюшинной клетчатки на флангах живота кнаружи от ободочной кишки. Больной поворачивается на бок. Устанавливаются дополнительные "порты" в подвздошной области и в подреберье. Над пораженными участками забрюшинной клетчатки

кнаружи от ободочной кишки в зоне наибольшего выбухания и геморрагического пропитывания [2] производится рассечение париетальной брюшины электрокрючком или ножницами. При двухстороннем поражении аналогичный прием проводится на противоположной стороне. Сразу же после вскрытия брюшины наблюдается свободное вытекание геморрагического экссудата из забрюшинного пространства. Фланги живота и малый таз дренируются трубками. В послеоперационном периоде наблюдается более длительное выделение экссудата по дренажам, установленным в зоне рассечения брюшины, с амилазной активностью, значительно превышающую таковую в перитонеальном экссудате.

Нами выполнено эндовидеохирургическое раскрытие забрюшинной клетчатки у 11 пациентов с ОДП в сроки от 2-х до 7-и суток от начала заболевания. Показанием к лапароскопическому вмешательству считаем появление по данным УЗИ, КТ или МРТ, перитонеального экссудата или жидкостного компонента в забрюшинной клетчатке.

Результаты и обсуждение. У четырех больных, которым декомпрессия забрюшинной клетчатки выполнена в ранние сроки (первые трое суток), наблюдалось благоприятное течение заболевания, быстрое рассасывание перипанкреатического инфильтрата без развития гнойно-септических осложнений. Вмешательства, приведенные в более поздние сроки на фоне развившейся полиорганной недостаточности при массивных панкреонекрозах, оказались неэффективными.

Выводы. Методика лапароскопической декомпрессии забрюшинного пространства при ОДП, выполненная в ранние сроки на фоне адекватной терапии, является малоинвазивным, патогенетически обоснованным и эффективным приемом для профилактики гнойно-септических осложнений.

Литература:

1. Парапанкреатит / А. Д. Толстой [и др.]. - СПб., 2003. - С. 140-145.
2. Значение видеолaparоскопии в диагностике и прогнозировании тяжелых форм острого деструктивного панкреатита / С. А. Афендулов [и др.] // *Анналы хир. гепатологии.* - 2002. - Т. 7, № 1. - С. 182.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Булавкин В. П., Зеньков А. К., Лапоухов Г. Д.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Хирургическое лечение пациентов с инфицированным панкреонекрозом является наиболее проблемным разделом абдоминальной и гнойной хирургии.

Цель. Анализ результатов комплексного лечения пациентов инфицированным панкреонекрозом в РНЦП "Инфекция в хирургии".

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 76 пациентов инфицированным панкреонекрозом в РНЦП "Инфекция в хирургии" с 2004 по 2009 год. Мужчин было 40 (52%), женщин - 36 (48%). Возраст больных колебался от 30 до 76 лет. Длительность заболевания до момента появления признаков гнойных осложнений у 42 больных от 2 до 3 недель. Диагноз базировался на основании анализа клинических и лабораторных показателей, данных УЗИ, компьютерной томографии, тонкоигольной пункционной биопсии под контролем УЗИ с микробиологическим исследованием взятого материала. Сепсис с клиникой полиорганной недостаточности был выявлен у 61 (80,2%) пациента. Степень тяжести состояния пациентов с инфицированным панкреонекрозом оценивалась по шкале APACHE-II. Дренажирование жидкостных образований под контролем ультразвукового сканирования с целью предоперационной подготовки [5] проводилось у 46 (60,5%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Степень тяжести состояния больных по шкале APACHE-II у 43 (56,5%) пациентов оценивалась в 8 баллов, у 25 (33%) в 10 баллов, у 8 (10,5%) в 13 баллов. Рост микрофлоры при тонкоигольной пункции гнойных очагов отмечен у 65 (86%) пациентов. Из них у 39 (60%) выявлена не ферментирующая грамотрицательная микрофлора, а грам-положительная - 26 (40%) пациентов.

Оперировано 76 пациентов. Левосторонний центральный тип поражения поджелудочной железы и забрюшинного клетчатки отмечен у 43 (56%) пациентов. Все больные этим типом поражения оперированы с использованием левостороннего комбинированного ретроперитонеального доступа с дренированием флегмоны парапанкреатической, паракольной и тазовой клетчатки, дренированием сальниковой сумки. Дополнительно при наличии перитонита у 11 (8%) пациентов проводился такой же объем оперативного вмешательства, наряду с срединной лапаротомией. У 12 (9%) пациентов с правосторонним типом поражения, при поражении головки и тела поджелудочной железы с распространением процесса на правые отделы забрюшинного пространства, наряду с лапаротомией и бурсостомией, проводилась правосторонняя "задняя" люмботомия. Повторные операции на поджелудочной железе выполнялись у 4 (3%) пациентов. Объем оперативного

вмешательства у данной категории пациентов заключался в релапаротомии с левосторонним комбинированным ретроперитонеальным доступом и дренированием забрюшинных флегмон. Тотальное поражение парапанкреатической клетчатки отмечено у 8 (10%) пациентов. Объем оперативного вмешательства заключался в срединной лапаротомии и сочетался с комбинированным ретроперитонеальным доступом слева и "задней" люмботомией справа. Санация гнойных очагов дополнительно проводилась 2 раза в неделю.

Послеоперационная летальность пациентов с инфицированным панкреонекрозом составила - 14 (18,4%).

Полученные нами результаты в хирургическом лечении пациентов инфицированным панкреонекрозом позволили сделать следующие **выводы**:

- выбор хирургического вмешательства при инфицированном панкреонекрозе зависит от распространенности и характера поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки;
- при распространенном поражении поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки показана из комбинированного ретроперитонеального доступа некрэктомия пораженных участков поджелудочной железы с дренированием паракольной, парапанкреальной и тазовых флегмон;
- при наличии перитонита операция начинается с лапаротомии.

АНГИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ЛОЖНЫХ ПОСТПАНКРЕОНЕКРОТИЧЕСКИХ АНЕВРИЗМ В БАССЕЙНЕ ЧРЕВНОГО СТВОЛА

Воробей А.В., Лурье В.Н., Вижинис Е.И., Карнович Д.И.
УО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
Республиканский центр реконструктивной
хирургической гастроэнтерологии,
колопроктологии и лазерной хирургии,
УЗ "Минская областная клиническая больница"
г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценить возможность использования малоинвазивного лечения постпанкрео-некротических аневризм в бассейне чревного ствола.

Материал и методы. Число больных с осложнениями деструктивного панкреатита ежегодно растет во всех хирургических стационарах. В нашей клинике на протяжении 2002-2008 гг. пролечено 917 больных с острым панкреатитом. Имелось 107 различных ранних, отсроченных и поздних кровотечений вследствие панкреонекроза, у ряда больных - многократно. Для определения лечебной тактики в клинике разработана классификация таких кровотечений и алгоритм их диагностики.

Мы имеем опыт 35 экстренных целиакографий, в том числе 3 были выполнены при ранних кровотечениях. Выявлено 18 ложных аневризм: селезеночной артерии - 12 (одна из них - двойная), гастродуоденальной - 4, общей печеночной - 2. Этиология их была следующей: постпанк-

реонекротические - 13, пролежень гастродуоденальной артерии холедохолитом - 1, посттравматическая - 2, ятрогенная после операции Бегера - 1, неясной этиологии - 1. У 4-х больных были выполнены открытые операции.

В 13 наблюдениях была выполнена ангиоэмболизация аневризм спиралями. Для обоснования ангиоэмболизации селезеночной артерии и изучения ее возможных опасностей и осложнений проведено морфометрическое исследование на человеческих трупах и эксперимент на 17 животных. Все больные выписаны из стационара через 3-4 суток. Летальных исходов после спиральной эмболизации не было.

Результаты и обсуждение. В одном наблюдении была перфорация псевдоаневризмы интродьюсером, острый "хвостовой" панкреатит - 1. После лапаротомии умер один больной.

Выводы. В Беларуси создана система оказания помощи таким больным, поэтому 12 из них поступили в наш республиканский центр из других стационаров, у 8 из них ангиографически был установлен диагноз аневризмы по месту жительства.

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ПЕРИАМПУЛЯРНОМ РАКЕ

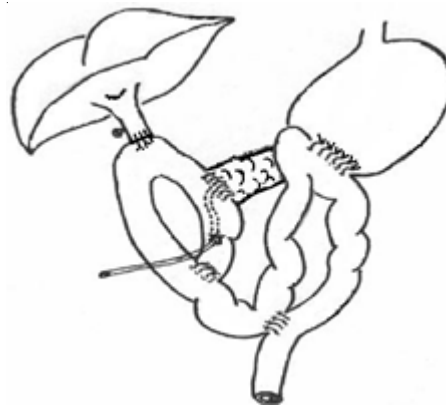
Габоян А.С., Климов А.Е., Малюга В.Ю.,
Черепанова О.Н., Бархударов А.А.
Российский университет дружбы народов,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Периапулярный рак составляет около 15% от всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта [1]. Основные причины летальных исходов при выполнении радикальной операции связаны с осложнениями при вмешательствах на поджелудочной железе и формировании панкреатикоэнтероанастомоза.

Цель. Снижение количества послеоперационных осложнений при гастропанкреатодуоденальной резекции, связанных с вмешательствами на поджелудочной железе.

Материалы и методы. Работа выполнена в хирургической клинике РУДН, где с 1986 и по май 2010 гг. была выполнена 81 гастропанкреатодуоденальная резекция, из них 26 (32 %) по поводу рака головки поджелудочной железы, 39 (48,1 %) по поводу опухоли большого сосочка двенадцатиперстной кишки, 15 (18,7 %) по поводу рака дистального отдела холедоха и 1 (1,2 %) по поводу опухоли двенадцатиперстной кишки. Обязательным условием предоперационной подготовки больных с механической желтухой (90,3%) является декомпрессия желчных протоков путем внутреннего отведения желчи при помощи эндопротезирования холедоха. Методика реконструкции желудочно-кишечного тракта после гастропанкреатодуоденальной резекции у всех больных была одинаковой (рис. 1), различия были лишь в методах обработки культи поджелудочной железы.

Рис. 1 Схема реконструктивного этапа



Результаты и обсуждение. В начале работы у части пациентов панкреатикоэнтероанастомоз накладывался без наружной панкреатикостомы (23 (28,3 %) случая), в 2 (2,4%) случаях культи поджелудочной железы была выключена из пищеварения. У подавляющего числа больных (56 (69,3%)) панкреатикоэнтероанастомоз формировался на наружном дренаже панкреатического протока. При панкреатико- и гепатикоэнтеростомии применялась прецизионная техника их наложения, монофиламентный шовный материал ("тахон" и "prolen", диаметр нити 5/0 - 6/0). Обязательным была длительная фармакологическая защита культи железы (сандостатин). Наиболее частым специфическим осложнением в послеоперационном периоде являлся панкреонекроз культи поджелудочной железы (11 (13,5%)), из них в 6 случаях на его фоне развилась несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза. Следует отметить, что несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза развилась в два раза чаще у тех больных, которым анастомоз был наложен без наружной декомпрессии. После гастропанкреатодуоденальной резекции в послеоперационном периоде от специфических осложнений умерло 8 (9,8%) пациентов.

Выводы. Применяемая методика реконструкции пищеварительного тракта после гастропанкреатодуоденальной резекции с обязательным включением в пищеварительный тракт поджелудочной железы, разобщением пищевого кома и желчи с панкреатическим соком, использование прецизионной техники оперирования и монофиламентного ареактивного шовного материала, фармакологическая защита поджелудочной железы - являются основой профилактики снижения частоты специфических послеоперационных осложнений.

Литература:

1. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны /Ю.И. Патютко, А.Г. Котельников. - М.: Медицина, 2007. - 448 с.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Гарелик П. В., Мармыш Г. Г., Цилиндзь И. Т.,
Довнар И. С., Пакульневич Ю. Ф.,
Амеев Р. В., Казак И. М.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Выбор метода оперативного лечения больных с острым некротическим панкреатитом остаётся актуальной проблемой, что обусловлено возрастающей частотой острого панкреатита, ростом удельного веса его деструктивных форм, сложностью диагностики и дифференциальной диагностики, неоднозначными, разноречивыми подходами к тактике лечения разных хирургических школ, а также высокой послеоперационной летальностью. В то же время широкое внедрение в хирургическую практику новых технологий, инструментальных методов исследования и малоинвазивных вмешательств даёт возможность пересмотреть некоторые вопросы лечебной тактики.

Цель. Учитывая многокомплексный характер лечебных мероприятий при остром деструктивном панкреатите, на сегодняшний день важна достоверная оценка эффективности каждого из применяемых методов, основанная на анализе результатов лечения панкреонекрозов в клинике.

Материал и методы. В клинике общей хирургии УО "Гродненского государственного медицинского университета" на базе УЗ "Городская клиническая больница" № 4 г. Гродно с 2000 года по 2009 год включительно, находилось на лечении 196 больных с острым панкреонекрозом. Больные были в возрасте от 17 до 95 лет, мужчины - 130 (66,3%), женщин - 66 (33,7%).

Проанализированы результаты лечения больных острым панкреонекрозом, у которых были применены малоинвазивные методы хирургического вмешательства: лапароскопии, пункции и пункционное дренирование под ультразвукографическим контролем.

Результаты и обсуждение. Показания к малоинвазивным методам лечения в ранние сроки заболевания (первые 6-7 суток) являлись: панкреатогенный перитонит у 72 больных (36,2%); острый холецистит у 5 (2,6%); механическая желтуха у 16 (8,2%). При формировании локализованных инфицированных очагов в поджелудочной железе или парапанкреатической клетчатке проводили их пункцию и/или дренирование под ультразвукографическим контролем. Такие малоинвазивные вмешательства выполнены у 40 (20,4%) пациентов. При этом в 30 случаях эвакуировано мутно-бурое содержимое, а у 10 гнойное.

При нелокализованных гнойных очагах предпочтение отдаём лапаротомным вмешательствам. Применение малоинвазивных методов у больных с острым панкреонекрозом позволяет удалить агрессивное содержимое из брюшной полости, уменьшить эндотоксикоз, снизить частоту выполнения широких лапаротомий при панкреатогенном перитоните и стерильном панкрео-

некрозе. В то же время использование активной лечебно-диагностической тактики при панкреонекрозе, в сочетании с малоинвазивными методами, значительно уменьшает токсемию, развитие полиорганной недостаточности и способствует профилактике поздних постнекротических осложнений.

Выводы. Считаем, что для улучшения результатов лечения больных острым панкреонекрозом, в настоящее время следует применять по показаниям все современные хирургические технологии. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения панкреонекроза с применением на ранних стадиях малоинвазивных оперативных вмешательств, способствует улучшению результатов лечения и снижению общей и послеоперационной летальности. Так, за последние 5 лет летальность общая составила 24,6%, послеоперационная 35,8%.

ТИОТРИАЗОЛИН В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Гарелик П. В., Колешко С. В., Пакульневич Ю. Ф.,
Дешук А. Н., Жемойтяк Р. Р.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Неуклонный рост частоты острого панкреатита (ОП) и увеличение тяжелых его форм оставляют эту проблему в числе актуальных. Дальнейшее изучение механизмов возникновения ОП с последующей разработкой патогенетически обоснованного лечения является перспективным направлением в решении данной проблемы.

Цель. Улучшить результаты лечения больных ОП путем разработки новых методов воздействия на патогенетические звенья ОП, исходя из механизмов взаимосвязи кислородтранспортной функции (КТФ) и L-аргинин-NO системы крови.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения пациентов с ОП, получавших лечение в соответствии со стандартной тактикой, принятой в клинике (30 пациентов), а также получавших в дополнение к стандартному лечению внутривенно на протяжении 5-ти дней 4 мл 2,5% тиотриазолина (25 пациентов). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести ОП и наличию сопутствующей патологии. Забор венозной крови проводили на 1-е сутки поступления пациентов в стационар, на 5-е и 10-е сутки, где определяли pO_2 , SO_2 , pCO_2 , Hb, pH с помощью газоанализатора "Synthesis-15" фирмы "Instrumentation Laboratory". Кислотно-основное состояние крови определялось по номограммам Siggaard-Andersen. Сродство гемоглобина к кислороду (СГК) оценивалось по показателю $p50$, определяемого спектрофотометрически. Положение кривой диссоциации оксигемоглобина (КДО) рассчитывали по полученным значениям $p50$, используя уравнение Хилла. Содержание нитрат/нитритов в плазме крови измеряли с помощью реактива Грисса.

Результаты и обсуждение. Установлено, что при ОП

развивается гипоксия и метаболический ацидоз, о чем свидетельствует снижение при поступлении в стационар pH , pO_2 , SO_2 , ABE, HCO_3^- , TCO_2 , SBE, SBC, pCO_2 , а также значительно повышается образование NO, судя по производным его метаболизма - нитрат/нитритам. При стандартной терапии ОП, на 5-е сутки метаболический ацидоз нарастает, на что указывает дальнейшее снижение показателей, но к 10-м суткам наступает частичная компенсация за счет увеличения pCO_2 , HCO_3^- , ABE, TCO_2 , SBE, SBC. Включение в систему тиотриазолина способствует улучшению показателей кислотно-основного состояния крови на 5-е сутки, проявления метаболического ацидоза снижаются, а к 10-м суткам дальнейшее улучшение показателей приблизило их значения к уровню контрольной группы ($p > 0,05$).

Анализ показателей кислородсвязывающих свойств крови показал, что на 5-е сутки явления гипоксии в обеих группах сохраняются на уровне 1-х суток ($p > 0,05$). На 10-е сутки лечения с применением тиотриазолина явления гипоксии полностью купируются, чего нет в группе со стандартным лечением (pO_2 ниже контрольного уровня на 11,6% ($p < 0,001$)). При этом на 5-е сутки КДО сдвигается влево, относительно контроля, наиболее выражено при применении тиотриазолина, что свидетельствует о повышении СГК, тем самым ограничивая его использование для свободнорадикального окисления. К 10-м суткам, КДО сдвигается вправо, особенно при использовании тиотриазолина, что отражает снижение СГК, обеспечивая увеличение потока кислорода в ткани, что оправдано в условиях снижения выраженности патологических проявлений ОП и усиления репаративных процессов на фоне лечения.

Концентрация нитрат/нитритов к 5-м суткам увеличивается в обеих группах, что свидетельствует об активации L-аргинин-NO системы. Однако, в группе с дополнительным введением тиотриазолина, по сравнению с 1-ми сутками, прирост по показателю на 16,2% ($p < 0,01$) меньше прироста в группе со стандартным лечением. На 10-е сутки наблюдается снижение концентрации NO_3^-/NO_2^- , причем более низкие показатели определяются в группе пациентов с включением тиотриазолина (разница в сравнении с группой без тиотриазолина составила 16,9% ($p < 0,001$)).

Выводы.

1. Метаболический ацидоз и гипоксия у пациентов с ОП развиваются вследствие нарушения функционирования механизмов транспорта кислорода кровью и дисбаланса L-аргинин-NO системы, которые сохраняются при стандартной терапии ОП на 10-е сутки.

2. Включение тиотриазолина на фоне стандартной терапии ОП уменьшает метаболический ацидоз на 5-е сутки за счет увеличения СГК и уменьшения дисбаланса L-аргинин-NO системы, и полностью купирует данные нарушения к 10-м суткам за счет уменьшения СГК и снижения продукции нитрат/нитритов. Это отразилось на улучшении субъективного состояния пациентов (купирование болевого синдрома на 2 суток ($p < 0,01$) и пареза кишечника на 1 сутки ($p < 0,01$) раньше, чем в группе без применения тиотриазолина), и способствовало более раннему выздоровлению пациентов, сокращению сроков их пребывания в стационаре с $14,8 \pm 0,44$ до $13,5 \pm 0,52$ дней ($p < 0,05$).

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И КОМБИНИРОВАННОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Гидирим Г., Георгица В., Берлиба С., Шор Э.
Государственный Университет Медицины и
Фармацевтики им. "Николая Тестемицану",
г. Кишинев, Республика Молдова*

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) - это патологическое состояние, поднимающее большое количество вопросов в плане диагностики и лечения. Тяжелая форма данного заболевания представляет собой вызов для врачей интенсивной терапии. Поскольку причины его вызывающие многочисленны и порой остаются невыясненными, патофизиология сложна и не до конца изучена, диагностика затруднена, оптимальные сроки хирургического лечения противоречивы, а лечение, как правило, является неспецифическим и направлено на поддержание различных систем и органов [1]. Частота всех форм острого панкреатита составляет 30 - 50 случаев/100.000 чел. в год [2]. В 80% случаев течение благоприятное. В 15 - 20% развиваются тяжелая некротико-геморрагическая форма панкреатита, смертность при которой достигает до 30 - 40%. Пациенты с тяжелыми формами панкреатита нуждаются в длительной (несколько недель, месяцев) госпитализации в отделении интенсивной терапии, а смерть наступает в результате инфицированного некроза поджелудочной железы и полиорганной недостаточности.

Цель. Оптимизация тактики диагностики и комбинированного медикаментозного и лапароскопического лечения в раннем периоде тяжелых форм острого панкреатита.

Материал и методы. Группа исследования состоит из 48 человек с различными формами острого панкреатита. Все пациенты были подвергнуты следующим диагностическим мероприятиям: клиническое исследование; лабораторные анализы, а именно гемолейкограмма (лейкоцитоз - 100%), амилаза крови и мочи (информативна во всех случаях), липаза сыворотки; УЗИ (с обнаружением отека поджелудочной железы, наличием свободной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке); компьютерная томография; лечебно-диагностическая лапароскопия (38 пациентов: у 22 обнаружена геморрагическая, 4 - инфильтративно-некротическая, 1 - гнойно-некротическая формы острого панкреатита). С первых часов госпитализации больные получали комбинированное медикаментозное и лапароскопическое лечение, которое включало: лечебно-диагностическую лапароскопию, цитостатики, H₂-блокаторы, эпидуральную блокаду, антибиотикотерапию, форсированный диурез.

Результаты и обсуждение. 31 (64,6%) пациент был подвергнуты лечебно-диагностической лапароскопии с дренированием брюшной полости и малого таза. У 17 пациентов процесс в поджелудочной железе и

ретроперитонеальном пространстве прогрессировал, в результате чего они были прооперированы на 2-3 недели от начала заболевания.

Пациенты с тяжелыми формами ОП подлежат госпитализации в отделение интенсивной терапии или реанимации. Основным принципом должно являться восстановление независимо от этиологии и тяжести заболевания.

Современная тактика лечения в случае тяжелой формы ОП характеризуется дифференциальным и последовательным использованием консервативных, миниинвазивных и хирургических методов лечения в зависимости от формы и стадии заболевания.

Выводы. УЗИ, диагностическая лапароскопия, определение амилазы в крови, моче и перитонеальной жидкости, являются наиболее информативными методами, раннего обнаружения тяжелых форм ОП, позволяет обеспечить адекватное лечение уже в ранний период заболевания.

Раннее применение цитостатиков наряду с эпидуральной блокадой эффективно во всех случаях и способствует предотвращению развития осложнений.

Литература:

1. Malledant, Y. *Pancréatites aiguës graves* / Y. Malledant, M. Tanguy, P. Seguin // *Actualites en reanimation et urgences*. - 2000. - P. 155-168.

2. Anderson, R. *Novel Strategies for the Management of Severe Acute Pancreatitis* / R. Anderson, G. Eckertwall, P. Haraldsen // *Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine 2000* / Ed. J. L. Vincent. - Springer Verlag. - P. 379-389.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ФОНЕ ДЕЛИРИОЗНОГО СОСТОЯНИЯ

Дешук А. Н., Пакульневич Ю. Ф.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Высокий уровень потребления алкогольных напитков, увеличение числа больных алкоголизмом, отрицательное влияние злоупотребления алкоголем на здоровье населения выдвинули проблему алкоголизма в число важнейших, имеющих медицинское, социальное и биологическое значение (Бохан Н.А., 2002) [1]. В Беларуси увеличивается число лиц, наблюдающихся наркологической службой. На 1 июня 2009 года по сравнению с аналогичным периодом 2008 года увеличилось число больных с диагнозом "зависимость от алкоголя" на 2,3% (180 964 человека), на 8,9% - с диагнозом "алкогольный психоз" (4654 человека).

По литературным данным, в последние годы основной причиной возникновения острого панкреатита является приём больших количеств алкоголя или его суррогатов [2]. Факторами, способствующими возникновению делирия у больных острым панкреатитом, может быть не только приём алкоголя, но и выраженная интоксикация организма.

Цель. Изучить и проанализировать результаты лечения больных, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии УЗ "Городская клиническая больница №4 г. Гродно" с 2005 по 2010 гг. по поводу острого некротического панкреатита, осложнившегося делириозным состоянием.

Материал и методы. Материалами работы явились анализ историй болезней пациентов, изучение особенностей клинического проявления заболевания, результатов обследования и лечения.

Результаты и обсуждение. С января 2005 года по апрель 2010 года в отделении реанимации и интенсивной терапии на лечении по поводу острого деструктивного панкреатита находилось 208 больных, у 54 из которых развилось делириозное состояние (26%), у каждого четвёртого.

Из 54 больных - 52 мужчины и 2 женщины. Средний возраст пациентов - 32,12 лет. У всех у них в анамнезе имелось злоупотребление алкогольными напитками в течение долгого промежутка времени. Диагноз острого панкреатита был подтверждён объективными (клинической картиной), инструментальными (УЗИ, ФГДС), лабораторными методами исследований. Развитие делириозного состояния от начала заболевания составило в среднем 72,45 ч. (3,01 сут.), от момента поступления - 39,93 ч. (1,66 сут.), длительность делирия - 65,13 ч. (2,71 сут.); среднее время пребывания пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии - 91,55 ч. (3,81 сут.), время пребывания в стационаре - 9,4 койко-дня. Делирий характеризовался стадийностью своего развития по Либермайстеру: повышенная говорливость, усиление ассоциаций, расстройства сна, выраженное возбуждение, сменяющиеся иллюзорными расстройствами (парейдолии) и галлюцинациями.

Всем больным проводилась интенсивная терапия острого панкреатита по классической "ударной" схеме (антибиотики, анальгетики, спазмолитики, H₂-блокаторы, антиферментные препараты, инфузионная терапия, а также терапия, направленная на лечение делирия, которая включала применение реланиума, тиопентала натрия, диазепамы, аминазина, галоперидола, витаминов B₁, B₆, C, части больным производилась гемосорбция. 8 больным из 54 были выполнены операции: лапароскопические санации и дренирования брюшной полости, - в связи с наличием ферментативного перитонита.

Выводы.

1. В 26 % случаев острый деструктивный панкреатит осложняется алкогольным или интоксикационным делирием.

2. Наличие делириозного состояния значительно отягощает течение острого панкреатита.

3. Несовершенство лекарственной терапии аддитивных расстройств на фоне тяжёлой сопутствующей патологии, в частности острого панкреатита, делает необходимым изыскание и разработку новых, более эффективных фармакологических средств профилактики и лечения данных заболеваний.

4. Представляется перспективным использование препаратов, обладающих особыми нейропротекторными свойствами, оказывающих влияние на основные биологические процессы в организме и позволяющих существенно повысить качество лечения больных.

Литература:

1. Применение цитофлавина в терапии абстинентного синдрома у больных алкоголизмом: пособие для врачей / Н. А. Бохан [и др.]. - СПб., Томск, 2006. - 32 с.

2. Острый панкреатит: руководство для врачей / Э. В. Недашковский [и др.]; под ред. Э. В. Недашковского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 272 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПСЕВДОКИСТ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дундаров З.А., Величко А.В., Красюк О.Н.,
Адамович Д.М., Лин В.В.

УО "Гомельский государственный медицинский
университет",

г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Одним из частых осложнений острого и хронического панкреатита, травм поджелудочной железы (ПЖ) является образование псевдокист. Чаще всего они локализуются в теле и хвосте ПЖ, реже - в головке. Вместе с тем, кистозные образования головки ПЖ протекают тяжелее, чаще имеют осложненное течение, труднее поддаются лечению. Постоянное или прогрессирующее давление увеличивающейся ложной кисты приводит к развитию фиброзной ткани в головке ПЖ и развитию так называемого "головчатого" панкреатита. При псевдо-кистах головки ПЖ происходит нарушение экскреторной функции ПЖ, развиваются явления дуоденостаза, механической желтухи, портальной гипертензии. Все это обуславливает сложность лечения этой категории больных.

Цель. Изучить результаты хирургического лечения осложнений псевдокист головки ПЖ.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находился 41 больной со сформированными кистозными образованиями головки ПЖ. Мужчин было 32 (78%), женщин 9 (22%). Интраперитонеальное расположение псевдокист выявлено в 18 (43,9%) случаях, интрапаренхиматозное расположение (учитывались псевдокисты - 3 см в диаметре) - в 11 (26,8%) и ретропанкреатическое в 12 (29,3%) случаях.

Клиническая картина псевдокист головки ПЖ характеризовалась полиморфизмом, обусловленным их локализацией, размерами, характером возникающих осложнений. Диагностика включала общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования: рентгенологические, УЗИ, ФГДС, КТ.

Результаты и обсуждение. Различные осложнения отмечены у 28 (68,3%) больных: сдавление дистального отдела холедоха с развитием механической желтухи (МЖ) - 8 (19,5%) случаев; сдавление двенадцатиперстной кишки (ДПК) - 5 (12,2%); кровотечение в просвет кисты - 9 (22%), из них у 5-ти человек в просвет желудка или ДПК; сдавление воротной вены с развитием панкреатогенной портальной гипертензии (ПГ) - 4 (9,8%); нагноение кисты - 2 (4,9%). При этом установлено, что из 23 больных с интрапаренхиматозным и ретропанкреатическим расположением псевдокист осложнения развились у 19 - 82,6%

(МЖ - 8, ПГ - 4, сдавление ДПК - 2, кровотечение - 5). При интраперитонеальном расположении псевдокист осложнения развились у 9 (50%) из 18 больных (сдавление ДПК - 3, кровотечение - 4, нагноение - 2).

Все наблюдаемые больные были оперированы. В 3-х (7,3%) случаях выполнена пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (у больных с кровотечением в просвет ДПК; в 19 (46,3%) - дуоденосохраняющая резекция головки ПЖ по Бегеру; в 8 (19,5%) - операция Фрея; в 11 (26,8%) - цистоеюностомия на выключенной петле по Ру. Летальных исходов не было.

Выводы. На выбор метода операции решающее влияние оказывали: локализация и размеры кистозного образования, развившиеся осложнения. Проксимальные резекции ПЖ выполняли при интрапаренхиматозной и ретропанкреатической локализации псевдокист, а также при кровотечениях в просвет кисты или ЖКТ. В остальных случаях выполняли панкреато-цистоеюностомию с "локальной резекцией" ПЖ по Фрею, или цистоеюностомию по Ру при кистозных образованиях > 6 см. Дифференцированный подход к хирургическому лечению пациентов с псевдокистами головки ПЖ позволяет улучшить результаты лечения таких больных.

ПРОКСИМАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Дундаров З.А., Красюк О.Н., Величко А.В.
УО "Гомельский государственный медицинский
университет"
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. В последние годы отмечается повсеместный и неуклонный рост числа больных хроническим панкреатитом (ХП). Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки (ХППГ) представляет собой особую форму ХП, имеющую определенную клиническую картину и характерные морфологические изменения, постоянство и необратимость которых диктует необходимость выбора резекционных вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ).

Цель. Изучить результаты хирургического лечения больных с ХППГ.

Материал и методы. Нами изучены результаты хирургического лечения 142 больных ХППГ за период 1999-2010 (май) гг. Мужчин было 128 (90,2%), женщин 14 (9,8%). Длительность заболевания составляла от 1,5 до 15 лет. Клинические проявления заболевания: постоянный или часто рецидивирующий болевой синдром различной интенсивности отмечен у всех больных; прогрессирующее снижение массы тела - у 130 (91,5%); механическая желтуха - у 29 (20,4%); нарушения дуоденальной проходимости различной степени выраженности - у 46 (32,4%); панкреатогенная портальная гипертензия - у 32 (22,5%); панкреатогенные поносы - у 27 (19%). Диагноз устанавливали на основании УЗИ, КТ, ФГДС, ЭРХПГ. При этом, увеличение головки ПЖ > 4 см отмечено у всех больных, кистозно-дегенеративная

трансформация головки ПЖ выявлена у 35 (24,6%), расширение вирсунгова протока > 4 мм - у 36 (24,4%), кальцинаты в головке ПЖ - у 23 (16,2%).

Результаты и обсуждение. Показаниями к операции являлись: стойкий болевой синдром; прогрессирующая потеря массы тела; нарушение проходимости и дилатация главного панкреатического протока, вирсунголитиаз; осложнения заболевания (механическая желтуха, дуоденостаз, панкреатогенная портальная гипертензия); подозрение на малигнизацию.

Выделено два периода, отличающихся подходами к выбору метода хирургического лечения. За период 1999-2003 гг. оперирован 41 больной. Из них, 36 больным была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР), операция Фрея - 5.

Начиная с 2004 года стали стремиться к выполнению органосберегающих операций. За период 2004-2010 гг. оперирован 101 больной. Из них, ГПДР выполнено в 2 случаях, пилоросохраняющая ПДР с панкреатогастротомией - 51, дуоденосохраняющая резекция головки ПЖ по Бегеру - 44 (в 11 случаях с панкреатогастротомией), операция Фрея - 4.

Летальность в первый период составила 7,3%, во второй - 2,9%.

Прослежены отдаленные результаты у 32 больных, оперированных в 1-ый период. Полное исчезновение болей отметили 25 (78,1%) пациентов, периодически возникающие тупые боли, не требующие специального лечения - 7 (21,9%). У всех больных отмечено увеличение массы тела. Диарея от 3 до 5 раз в сутки отмечена у 6 (18,7%) больных. По результатам анкетирования - положительный эффект операции отметили все больные. Своё состояние как "хорошее" оценили 17 (53,1%) человек, как "удовлетворительное" - 15 (46,9%).

Органосберегающие операции позволили улучшить функциональные результаты проксимальных резекций ПЖ. Отдаленные результаты прослежены у 76 больных. Полное исчезновение болей отметили 66 (86,8%) больных, значительное их уменьшение 10 (13,2%). Увеличение массы тела отметили все больные. Диарея отмечена у 7 (9,2%) пациентов. По результатам анкетирования - положительный эффект операции отметили все больные. Своё состояние как "хорошее" оценили 58 (76,3%), а как "удовлетворительное" - 18 (23,7%) человек.

Современные тенденции хирургического лечения ХП состоят в стремлении выполнить радикальное оперативное вмешательство, устраняющие все патологические синдромы и обеспечивающее стойкое выздоровление или ремиссию.

При выборе операции необходимо решить следующие задачи: устранить грубые морфологические изменения в паренхиме ПЖ, особенно воспалительные массы увеличенной головки; устранить гипертензию в протоковой системе ПЖ; восстановить адекватный отток желчи в кишечник; восстановить нормальный пассаж пищи; устранить явления портальной гипертензии; произвести коррекцию патологических изменений со стороны окружающих органов.

При ХППГ показаны операции, направленные на возможно, полное удаление необратимо измененных тканей при максимально возможном соблюдении органосберегающего принципа. Во всех случаях окончательный характер и объем операции определяется интраоперационно.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ГИПЕРПРОДУКЦИИ -ФНО ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ

*Есепкин А.В., Кондратенко Г.Г., Леонович С.И.
УЗ "10 ГКБ",
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В настоящее время показано, что ведущую роль в развитии системной воспалительной реакции при остром панкреатите (ОП) играет -ФНО, который является первым цитокином, образуемым макрофагами, активированными под действием панкреатических ферментов. На начальных этапах развития ОП, когда в крови появляется избыток цитокинов, целесообразно применять средства, нивелирующие их эффекты [2]. Экспериментальными исследованиями обосновано применение антицитокиновых препаратов при лечении острого панкреатита. Конкретные рекомендации по применению этих препаратов в клинике до сих пор отсутствуют.

Цель. Улучшение качества лечения больных острым панкреатитом легкого течения.

Материал и методы. Для фармакотерапии гиперпродукции -ФНО при ОП применены: 1) ингибиторы транскрипции -ФНО (пентоксифиллин) [3]; и 2) ингибиторы его трансляции (глюкокортикоиды) [1,3]. К стандартной схеме лечения ОП легкого течения дополнительно назначалось: 1) пентоксифиллин 2% по 10 мл 2 раза в сутки внутривенно капельно на физ. растворе и 2) преднизолон 30 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение первых 5 дней от начала заболевания.

Вышеприведенная схема антицитокиновой терапии была нами применена у 31 больного с острым панкреатитом легкого течения. В течение 5 первых суток проводился ежедневный мониторинг общего анализа крови, диастазы мочи, биохимического анализа крови, уровня провоспалительных цитокинов сыворотки крови, УЗИ исследования поджелудочной железы выполнялись 3-жды через день. Эфферентные методы детоксикации и хирургические вмешательства у этой группы пациентов не применялись.

Результаты и обсуждение. Эффект лечения всех больных расценен нами как хороший. Не наблюдалось нежелательных реакций на введение препаратов антицитокиновой группы. Ни у одного пациента заболевание не перешло в тяжелую форму. В среднем к 3 дню разрешался болевой синдром, к 5 дню - воспалительный синдром. Уровень амилазы крови нормализовался в течение $3,4 \pm 1,1$ дней. Длительность лечения в этой группе сократилась на 13% по сравнению с контрольной (30 больных).

Изучен уровень основных провоспалительных цитокинов в основной и контрольных группах (в пг/мл) (табл.). (В норме показатели ИЛ-1 - $22,7 \pm 1,9$ пг/мл; ИЛ-6 - $1,2 \pm 0,49$ пг/мл; -ФНО - $26,8 \pm 1,4$ пг/мл).

Отмечен резкий подъем уровня всех провоспалительных цитокинов уже в первые сутки заболевания. В контрольной группе со вторых суток после начала

ИЛ-1	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день
Контроль	331,4±136,7	260,6±135,97	224,8±181,3	243,3±162,2	198,0
Основная	352,5±125,2	234,5±53,0	180,8±59,9	155,5±58,7	133,0±32,5

ИЛ-6	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день
Контроль	6,3±4,1	3,7±1,7	2,6±2,2	2,4±1,2	3,6
Основная	6,2±5,4	3,5±4,7	2,2±4,4	1,6±3,9	2,5±1,1

α-ФНО	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день
Контроль	365,6±143,1	359,6±177,3	377,3±193,7	459,3±66,9	392,0
Основная	318,0	253,3±44,2	259,0±198,9	267,5±209,0	228,0±29,7

лечения проявляется тенденция к снижению уровня ИЛ-1 и ИЛ-6, в то время как уровень α-ФНО остается по-прежнему высоким. В основной группе уровень всех цитокинов к 5 суткам стабильно снижается, а уровень α-ФНО в этой группе в 1,7 раза меньше, чем в контрольной.

Выводы: 1. Уровень основных провоспалительных цитокинов резко (в 8-10 раз) повышается уже в первые сутки заболевания даже у пациентов с легким течением панкреатита.

2. К стандартной схеме лечения острого панкреатита легкого течения есть все основания добавить антицитокиновую компоненту.

3. Предложенная схема антицитокиновой терапии проста, доступна, имеет значимый лечебный и экономический эффект.

Литература:

1. Буеверов, А. О. Медиаторы воспаления и поражение поджелудочной железы / А. О. Буеверов // Рос. журн. гастроэнтерол. - 1999. - № 4. - С. 15-18.

2. Кевра, М. К. Антицитокины в комплексном лечении сепсиса / М. К. Кевра, Б. В. Дубовик, С. И. Леонович // Человек и лекарство: тезисы докл. 10 Рос. Нац. Конгр. - М., 2003. - С. 504.

3. Губергриц, Н. Б. Лечение панкреатитов. Ферментные препараты в гастроэнтерологии / Н. Б. Губергриц, - М.: Медпрактика-М, 2003. - 100 с.

ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РЕМИКЕЙД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Есепкин А.В., Кондратенко Г.Г., Леонович С.И.
УЗ "10 ГКБ" г. Минска,
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В ферментативной фазе ОП (первые 5 суток заболевания), когда в крови появляется избыток провоспалительных цитокинов, целесообразно применять средства, нивелирующие их эффекты. К средствам

антицитокиновой терапии относят, в первую очередь, моноклональные антитела против цитокинов и их рецепторов (ИЛ -1,2,6, α-ФНО) [1]. В настоящее время из моноклональных антител против цитокинов с успехом применяется в терапевтической практике ремикейд (международное название: инфликсимаб) - анти-α-ФНО-моноклональные антитела. Ремикейд входит в стандарты лечения ревматоидного артрита с умеренновысокой активностью; с успехом применяется у пациентов с псориатическим артритом и хроническим тяжелым пятнистым псориазом. Ремикейд показан для уменьшения признаков и симптомов, поддержания клинической ремиссии, а также для поддержки закрытия фистул у взрослых и детей с болезнью Крона. Он с успехом применяется у больных с язвенным колитом с умеренновысокой активностью для поддержания клинической ремиссии и заживления слизистой оболочки. Для лечения хирургических заболеваний до настоящего времени ремикейд не применялся. Тем не менее, Орак Н. и др. [2] исследовали эффективность ремикейда на моделях отечного и тяжелого некротизирующего панкреатита в организме крыс и показали его эффективность. Триантафиллидис Дж.К. и др. [3] описали в 2000 г. случай благоприятного ответа на лечение инфликсимабом пациента с острым отечным панкреатитом, осложнившимся активной болезнью Крона.

Цель. Применить ремикейд при экспериментальном тяжелом панкреатите для изучения его эффективности и возможности применения в хирургической практике.

Материал и методы. Нами пролечено 6 беспородных половозрелых собак весом 31-38 кг, у которых была искусственно создана модель тяжелого панкреатита. Методика лечения заключалась в следующем. В первые трое суток собак не кормили, давали только пить. Со следующего дня после операции в течение 3 суток проводилась инфузионная терапия изотоническим раствором и 5% глюкозой из расчета 40 мл/кг веса. Обезболивание проводилось кеторолом в дозе 1,0 трижды в сутки в течение 4 дней. Специфическое лечение заключалось в однократном введении на следующий день после операции препарата ремикейд в дозе 2,7-3,2 мг/кг внутривенно капельно на изотоническом растворе в течение 2 -2,5 часов. Забор крови из вены для определения уровня провоспалительных цитокинов и биохими-

День опыта	ИЛ -1	ИЛ -6	α -ФНО
1	58,00±10,81	1,43±0,64	79,50±18,88
2	109,67±12,36	4,33±0,45	265,17±41,36
3	130,33±13,87	4,62±0,48	212,50±59,11
4	98,83±9,58	3,30±0,61	126,17±41,26
7	66,00±2,83	2,08±0,34	81,50±24,57

ческих показателей (см. ниже) проводился непосредственно перед операцией, затем в течение последующих 3-х дней накануне инфузионной терапии и на 7 сутки после операции.

Результаты и обсуждение. У всех опытных собак состояние на следующие сутки после операции расценивалось как средней тяжести или тяжелое. Они были адинамичные, вялые, выпивали незначительное количество воды, не ели. У 4 из 6 собак в течение 2 суток наблюдалась рвота или срыгивание водой. Однако к 3 суткам после операции состояние стабильно улучшалось, появлялся аппетит, значительно увеличивалась физическая активность. Оценивались динамика основных провоспалительных цитокинов (табл., в пг/мл) и биохимических показателей сыворотки крови экспериментальных животных.

Результаты исследования уровня основных провоспалительных цитокинов в нашем эксперименте позволяют выявить тенденции, которые кажутся нам определяющими. На следующий день после развития экспериментального панкреатита уровень цитокинов сыворотки крови резко возрастает (в 2-4 раза), причем больше всех этот рост отмечен у α -ФНО. Однако уже на следующий день после введения ремикейда (3 день опыта) намечается тенденция к снижению уровня α -ФНО, а еще через день значительно снижаются уровни всех цитокинов и в большей степени α -ФНО. К концу первой недели уровень цитокинов нормализовался.

Выводы.

1. Из препаратов антицитокинового действия, применяемых в настоящее время в клиниках, выделяется своей эффективностью ремикейд - моноклональное антитело против α -ФНО. Однако этот препарат применяется до сих пор только в ревматологии и дерматологии.

2. Нами впервые в эксперименте на собаках, у которых была создана модель тяжелого панкреатита, применен ремикейд как основной компонент терапии в ферментативной фазе острого тяжелого панкреатита.

3. Полученные положительные результаты при применении ремикейда в эксперименте позволяют нам надеяться на эффективность этого препарата в клинической практике у пациентов в ферментативной стадии острого тяжелого панкреатита.

Литература:

1. Толстой, А. Д. // *Terra Medica* / А. Д. Толстой. - 2003. - № 4. - С. 28-31.
2. *Pancreas* / N. Oruc [et al.]. - 2004. - Vol. 28, N 1. - P. 1-8.
3. Triantafyllidis, J. K. // *Am. J. Gastroenterol.* / J. K. Triantafyllidis, P. Cherakakis, I A. Hereti. - 2000. - Vol. 95. - P. 3334-3336.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Жандаров К.Н., Безмен И.А., Русин И.В., Ушкевич А.Л., Белюк К.С., Обуховская Н.С.

*УО "Гродненский государственный медицинский университет",
УЗ "ТОКБ",*

г. Гродно, Республика Беларусь

Цель. Показать необходимость обязательной коррекции панкреатической протоковой гипертензии в лечении хронического панкреатита.

Материал и методы. В клинике хирургических болезней за период 2002-2009 гг. находилось на лечении 170 больных, подвергшихся оперативным вмешательствам с патологией протоков (53) поджелудочной железы (вирсунголитиазом (18), склерополикстозом (17), кальцинозом (11)), кистами (108) и свищами (9) ПЖ.

Результаты и обсуждение. В связи с разными подходами и диагностическими возможностями в лечении больных выделено 2 периода. В первом периоде 2002-2006 гг. оперативные вмешательства при кистах ПЖ выполнялись без учета патологии протоков ПЖ, наличия или отсутствия ХПГ (57 пациентов): пункция под УЗИ контролем - 6, наружное дренирование кист - 33, панкреатоцистогастротомия - 7, панкреатоцистодуоденотомия - 7, панкреатоцистоеюностомия по Ру-2 и продольная панкреатоеюностомия по Ру. Во втором периоде 2007-2009 гг. в связи с внедрением МРТ и КТ диагностики и пересмотром отношения к ХПГ изменили подход в выборе способа оперативного вмешательства при наличии ХПГ, кист и свищей ПЖ. Оперировано 86 больных. При наличии ХПГ (расширение главного панкреатического протока 4 мм и более), выполняли при склерополикстозе и кальцинозе головки ПЖ интрапаренхиматозную субтотальную или клиновидную (по типу операции Frey) резекцию головки ПЖ с наложением продольного панкреатоеюноанастомоза по Ру (22). При кистах ПЖ, расположенных по задней или боковым поверхностям, ПЖ выполняли панкреатоцистовирсунгоюностомию (анастомоз кисты с протоком через ткань ПЖ, а затем производили продольную панкреатоеюностомию) по Ру (27) по разработанной в клинике методике. При расположении кист в отдалении от ПЖ, на одной петле по Ру формировали панкреатоцистоеюноанастомоз и продольный панкреатоеюноанастомоз (2), или же для наложения 2-х анастомозов формировали 2 петли по Ру (2). При наличии кист без явлений ХПГ или их осложнениях выполняли: программированную лапароскопическую санацию (ПЛС-26) по разработанной в клинике методике, пункции под контролем УЗИ (15), наружное дренирование только при осложнениях (3), панкреатоцистоеюностомию по Ру (9). При свищах ПЖ (9) выполняли: срединную резекцию ПЖ с наложением дистального панкреатоеюноанастомоза (5), дистальную резекцию (2) и гемипанкреатэктомию (2). При наличии желчной гипертензии из-за патологии в головке ПЖ выполняли: холедохопанкреатоеюноанастомоз по разработанной в клинике методике (8), холедохоеюно- и панкреатоеюноанастомоз на одной петле по Ру (2).

В I периоде выполнения оперативных вмешательств отмечено образование панкреатических свищей из-за недооценки имеющейся ХПГ (17) и необходимость повторных оперативных вмешательств направленных на коррекцию ХПГ (19). При операциях во II периоде отмечено 3 несостоятельности панкреатоюноанастомоза не потребовавшие повторного оперативного вмешательства.

Выводы. Таким образом, применение экономных резекций поджелудочной железы с дренированием одновременно протоковой системы и кист ПЖ при наличии ХПГ, позволило снизить количество осложнений, образование свищей ПЖ, послеоперационную летальность и процент выхода на инвалидность.

МИНИИНВАЗИВНАЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Жандаров К.Н., Безмен И.А., Савицкий С.Э.,
Русин И.В., Ушкевич А.Л., Белюк К.С., Кухта А.В.,
Обуховская Н.С.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
УЗ "ТОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь*

Цель. Показать возможности миниинвазивной и эндоскопической хирургии в лечении острого деструктивного панкреатита и его осложнений.

Материал и методы. В клинике хирургических болезней №1 на базе УЗ "Гродненская областная клиническая больница" в 2006-2009 гг. находилось на лечении 70 больных с острым деструктивным панкреатитом и его осложнениями. У 30 больных проведено только консервативное лечение по принятым в клинике алгоритмам, которое было успешным. 40 больным наряду с проведением консервативной терапии потребовалось применение хирургических методов: 37 больных оперированы с применением только эндоскопических методов лечения и только 3 больных оперированы посредством лапаротомии.

Результаты и обсуждение. Больные со средней и тяжелой формой госпитализировались сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии с применением базовой и специализированной терапии. Всем больным проводились общеклинические и специальные методы обследования, включающие УЗИ, КТ и обязательно МРТ в динамике. При безуспешности консервативного лечения и нарастании перитонита, консервативная терапия дополнена лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости (31). У 27 пациентов ОДП осложнился формированием гнойно-некротических полостей в парапанкреатической и забрюшинной клетчатке с различным месторасположением. При локализации гнойно-некротических полостей в парапанкреатической клетчатке, с проекцией в области большого и малого сальников, проводили лапароскопическое их дренирование по разработанной в клинике методике с

программированной санацией этих полостей через сформированные фиброзные каналы (25). У 2 больных при локализации некротических полостей в забрюшинной клетчатке поясничных областей произведено только лапароскопическое дренирование и у 2 - в дополнение к дренированию через желудочноободочную связку. При неадекватности транслюмбального лапароскопического дренирования, оно было дополнено дренированием через мини-разрезы (2). У 3 больных, переведенных из районов области, с распространенным гнойно-некротическим поражением забрюшинной клетчатки, выполнена лапаротомия с некрсеквестрэктомией и санацией гнойно-некротических очагов. В данном случае лапароскопическое дренирование из-за обширности поражения выполнить не представилось возможным.

У 15 больных, которым произведено лапароскопическое дренирование брюшной полости на фоне проводимой консервативной терапии, дополнительных вмешательств не потребовалось и наступило выздоровление. У 6 больных лапароскопическое дренирование брюшной полости в дальнейшем потребовало дренирования образовавшихся гнойно-некротических полостей, вследствие прогрессирования деструктивного панкреатита. 2 больных после дренирования брюшной полости с молниеносной формой острого деструктивного панкреатита погибли от тяжелой токсемии и полиорганной недостаточности. У 2 больных, которым выполнено лапароскопическое дренирование гнойно-некротических полостей, выздоровление наступило у 20. 2 больных погибли от прогрессирования тяжелой сопутствующей патологии и наступившего осложнения с расплавлением стенки желудка и кишечника с образованием свищей.

Выводы. Таким образом, комплексное применение разработанного алгоритма, миниинвазивных и разработанных лапароскопических методик лечения острого деструктивного панкреатита и его осложнений, особенно у больных с тяжелой формой течения, позволило значительно улучшить результаты лечения этих больных за счет применения малоинвазивных эндоскопических методов.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Завада Н.В., Гаин Ю.М., Груша В.В.,
Ладутько И.М., Булгак С.А., Лазаревич Н.А.
УО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
УЗ "Городская клиническая больница скорой
медицинской помощи"
г. Минск, Республика Беларусь*

Цель. Оценить результаты оперативного лечения панкреонекроза.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 43 пациентов, находившихся на лечении в УЗ "ГК БСМП" г. Минска в 2007-2010 г.г. и которым были выполнены оперативные вмешательства при панкреонекрозе. Мужчин было 33

Таблица 1. Распределение пациентов по характеру поражения поджелудочной железы (ПЖ)

Характер поражения ПЖ и окружающих тканей	Количество пациентов	%
Некроз ткани ПЖ, оментобурсит, параколит, ферментативный перитонит	34	79,1
Некроз ткани ПЖ, кисты ПЖ	6	14,0
Некроз ткани ПЖ, абсцесс сальниковой сумки	2	4,6
Некроз ткани ПЖ, флегмона забрюшинного пространства	1	2,3
Всего	43	100

Таблица 2. Характер оперативных вмешательств у пациентов с панкреонекрозом

Название операции	Количество пациентов	%
Эндовидеолапароскопия, санация и дренирование брюшной полости	18	41,8
Лапаротомия, некрсеквестрэктомия, наружное дренирование кисты ПЖ, дренирование параколон, санация и дренирование брюшной полости	6	14,0
Лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости	6	14,0
Лапаротомия, холецистэктомия, холедохостомия по Холстеду, дренирование сальниковой сумки по Шалимову, санация и дренирование брюшной полости	3	7,0
Дренирование жидкостных образований под контролем ультразвука	3	7,0
Лапаротомия, некрсеквестрэктомия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	3	7,0
Люмботомия, санация и дренирование параколон	2	4,6
Другие	2	4,6
Всего	43	100

(76,7%), женщин 10 (23,3%). Средний возраст составил 45,9 лет (от 22 до 81 года).

Результаты и обсуждение. Как следует из представленных в таблице 1 данных, наиболее часто у пациентов наблюдались некроз ткани поджелудочной железы, оментобурсит, параколит, ферментативный перитонит. С меньшей частотой встречались некроз ткани поджелудочной железы в сочетании с кистами поджелудочной железы, некроз ткани поджелудочной железы с абсцессом сальниковой сумки или флегмоной забрюшинного пространства.

10 (23,2%) пациентам потребовались программированные повторные оперативные вмешательства. 4 из них предшествовала лечебная эндовидеолапароскопия, а 3 - чрескожное дренирование под контролем ультразвука. Этим 7 пациентам были выполнены лапаротомия (или люмботомия), некрсеквестрэктомия, санация и дренирование сальниковой сумки и параколон, санация и дренирование брюшной полости. 2 пациентам была выполнена повторная лечебная видеолапароскопия, 1 - повторное дополнительное жидкостных образований под контролем ультразвука.

В послеоперационном периоде от полиорганной недостаточности умерло 6 пациентов (13,9%).

Выводы. Несмотря на активную хирургическую тактику и своевременность выполнения оперативных вмешательств у пациентов с панкреонекрозом, летальность при данном заболевании остаётся высокой. Необходимо строгое соблюдение клинических протоколов диагностики и лечения острого панкреатита, утверждённых МЗ РБ. Перспективным является применение в комплексном лечении панкреонекроза малоинвазивных технологий.

ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Клименко А.В., Никоненко А.С.,
Клименко В.Н., Стешенко А.А.
“Запорожский государственный медицинский университет”,
г. Запорожье, Украина

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП), будучи полиэтиологическим заболеванием, имеет однотипный механизм патогенеза, где главную роль играет развивающаяся панкреатическая, а в дальнейшем и билиарная протоковая гипертензия [1].

Цель. Разработать новые функционально адекватные оперативные вмешательства у больных ХП и обосновать показания к их выполнению.

Материал и методы. В работе проанализированы результаты хирургического лечения 48 больных с ХП; возраст - 34-62 года; мужчин - 45, женщин - 3. Типы ХП по классификации А.А. Шалимова и соавт. (1997): калькулезный - у 16, псевдотуморозный - у 19, фиброзно-кистозный - у 4, фиброзно-дегенеративный с вовлечением в процесс смежных органов - у 9. Диаметр вирсунгова протока от 5 до 8 мм был у 32 больных, от 9 до 12 мм - у 16. Билиарная гипертензия отмечалась у 23 (47,9%) пациентов, из них у 15 (31,3%) была механическая желтуха. ХП алкогольного генеза был у 42 (87,5%) больных, билиарный - у 4 (8,3%), невыясненная причина - у 2 (4,2%).

Тяжелый болевой синдром определялся у 45 (39,8%) пациентов. Определялись ревматоидный фактор, иммуноглобулин G, каловая эластаза I, копрограмма, гликемический профиль, использовались УЗИ, КТ, ЭРХПГ, видеогастродуоденоскопия.

У 26 (54,2%) больных основной группы выполнена разработанная в клинике операция нового типа - продольная тотальная панкреатодуоденальная папиллотомия с формированием продольного панкреатоюнодуоденального анастомоза по Ру. У больных с билиарной гипертензией одномоментно производились либо классическая трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, либо рассечение задней стенки холедоха на 3 часа условного циферблата.

У 22 (45,8%) больных контрольной группы выполнялись: пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ППДР) - у 4, операция Бегера (ОБ) - у 3, операция Фрея (ОФ) - у 6, продольная панкреатоюнодуоденальная папиллотомия (ППЕС) - у 9.

Результаты и обсуждение. В основной группе летальных исходов не было. У 1 пациента наблюдалось кровотечение, потребовавшее релапаротомии. В отдаленном периоде определялась выраженная положительная УЗИ- и КТ- динамика: размеры ранее увеличенной головки ПЖ прогрессивно уменьшались и у 92,3% случаев пришли к норме. У всех больных полностью прекратилась абдоминальная боль, а также диспепсический синдром. Проявления панкреатогенного диабета легкой степени через 12-18 месяцев после операции оставались у 2 больных (7,7%), до операции - были у 8 (30,8%). Только у 5 пациентов (19,2%) были проявления внешнесекреторной недостаточности.

В контрольной группе умер 1 больной после ППДР (несостоятельность панкреатоюнодуоденального анастомоза), еще у 2 пациентов этой группы отмечалось кровотечение из зоны панкреатоюнодуоденальной папиллотомии, потребовавшее релапаротомии (ОФ, ППЕС). В отдаленном периоде абдоминальная боль прекратилась после ППДР и ОБ, но у всех наблюдалась выраженная внешнесекреторная недостаточность и проявления панкреатогенного диабета. После ППЕС у 5 из 9 больных оставался болевой синдром, у 2 - экзокринная недостаточность, у 2 - панкреатогенный диабет. После ОФ болевой синдром наблюдался у 2 пациентов из 6, экзокринная недостаточность - у 3, панкреатогенный диабет - у 2.

Материалы данного исследования указывают на то, что любой случай ХП, сопровождающийся абдоминальной болью, объективно зафиксированными признаками прогрессирующей протоковой гипертензии, при отсутствии эффекта от проводимого адекватного консервативного лечения должен рассматриваться как обязательный вариант хирургического вмешательства. Наиболее адекватной и патогенетически обоснованной операцией при ХП является предлагаемая продольная тотальная панкреатодуоденальная папиллотомия, которая сохраняет паренхиму ПЖ, полностью устраняет весь спектр протоковой гипертензии и восстанавливает физиологический пассаж желчи и секрета ПЖ в двенадцатиперстную кишку.

Выводы.

1. Хронический панкреатит, сопровождающийся протоковой гипертензией и протекающей на фоне

абдоминального болевого синдрома без эффекта от консервативных мероприятий, является показанием к хирургическому лечению.

2. Продольная тотальная панкреатодуоденальная папиллотомия с формированием продольного панкреатоюнодуоденального анастомоза по Ру может быть методом выбора в хирургии ХП с панкреатической и билиарной протоковой гипертензией.

Литература:

1. *Disease of Pancreas / H. G. Beger [et al.]. - Berlin: Springer, 2008. - 905 p.*

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗАХ

*Климович И.Н., Жидовинов Г.И.,
Лопастейский Д.С., Маскин С.С.
Волгоградский государственный медицинский
университет,
г. Волгоград, Российская Федерация*

Актуальность. При панкреонекрозах в 70-92% случаев развивается синдром кишечной недостаточности (СКН), что обуславливает массивную контаминацию внутрипросветной микробной флоры в кровеносное и лимфатическое русло брыжейки кишечника и забрюшинной клетчатки [1], с последующим инфицированием "стерильных" форм панкреонекроза (Атланта, 1992).

Цель. Профилактика гнойных осложнений при стерильных панкреонекрозах посредством коррекции СКН.

Материал и методы. Пролечено 94 больных со стерильным панкреонекрозом (СП). Все пациенты были оперированы при помощи эндовидеохирургических технологий в клинике госпитальной хирургии ВолГМУ. Контрольную группу составляли 44(46,8%) больных, которые получали стандартную медикаментозную терапию [2]. Основную группу представляли 50(53,2%) пациентов, которым дополнительно проводилась коррекция СКН по предложенному нами способу (Патент РФ №2269345).

Профилактику и лечение СКН у больных со СП осуществляли при помощи пресакральной многокомпонентной новокаиновой блокады (ПМНБ). Для приготовления раствора для блокады в стерильных условиях во флакон с 200 мл - 0,25% раствора новокаина добавляли 1,0 гр антибиотика (цефобид или фортум) и 40 мг низкомолекулярного гепарина (клексан).

Результаты и обсуждение. После выполнения ПМНБ новокаин распространяется по всей забрюшинной клетчатке, в том числе вверх, омывает plexus sacralis и plexus hypogastricus, окутывает корень брыжейки тонкой кишки. Ганглиоблокирующий эффект новокаина устраняет болевой синдром, это способствует повышению электрической активности гладкой мускулатуры стенки кишки. Антибиотик снижает риск энтерогенных гнойных осложнений со стороны поджелудочной железы за счет своего бактерицидного действия непосредственно в брыжейке тонкой кишки и забрюшинной клетчатке.

Клексан активируя основной плазменный антикоагулянт антитромбин-III в крови оттекающей от кишечника, снимает в ней изменения гемостаза соответствующие Ia-б стадии ДВС-синдрома и предупреждает его генерализацию. Параллельный мониторинг электрогастроэнтерографий и ультрасонографий ЖКТ показал, что ПМНБ у всех больных из основной группы достоверно ($P < 0,01$) улучшает моторно-эвакуаторную функцию кишечника, которая считается основным показателем купирования СКН. Предлагаемый способ профилактики и лечения СКН эффективен, безопасен, прост и доступен для использования.

Выводы. Применение ПМНБ для профилактики и лечения СКН у больных стерильным панкреонекрозом дало возможность снизить частоту инфицирования поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки с 12,5% до 9,9% и летальность, связанную с этим на 3,5%.

Литература:

1. Синдром кишечной недостаточности в ургентной абдоминальной хирургии: новые методические подходы / В. С. Савельев [и др.] // Трудный пациент. - 2006. - Т. 3, № 4. - С. 30-37.
2. Uhl, W. *Infections complicating pancreatitis: diagnosing, treating, preventing* / W. Uhl, R. Isenmann, M. W. Buchler // *New Horiz.* - 2007. - № 2. - P. 72-79.

ПОСТМОРТАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РЕГИСТРИРУЕМЫЕ МЕТОДОМ ПРЯМОЙ ОКСИМЕТРИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Клюйко Д. А., Корик В. Е., Жидков С.А.,
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Уровень общей и послеоперационной летальности особенно у больных острым панкреатитом (ОП) с тяжелыми сопутствующими заболеваниями достигает 10,6-21%. Неудовлетворительные результаты лечения больных ОП и его осложнениями часто являются следствием отсутствия четких критериев степени поражения [1]. Уровень парциального давления кислорода в ткани поджелудочной железы (ПЖ), на наш взгляд, может явиться ключом к определению степени поражения ткани и прогнозирования возможного развития патологического процесса и, как следствие, улучшить диагностические возможности и результаты лечения.

Цель исследования. На основании регистрации постмортальных изменений в ПЖ доказать диагностическую ценность метода прямой оксиметрии.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами применен кислородный сенсор типа Clark. С помощью прямой оксиметрии нами были исследованы 6 трупов морских свинок обоего пола с массой 730-875 г

На ранних стадиях исследования и подбора адекватной дозы препаратов для введения животного в наркоз, во всех случаях произошла передозировка тиопентала Na, вызвавшая гибель животного подготов-

Таблица. Сравнительная характеристика статических и динамических показателей массопереноса кислорода между группой погибших животных и группой интактных животных, мм рт.ст.

	Норма	Спустя 8 часов после наступления смерти
<i>Скорость массопереноса в диапазоне 145-155 мм рт. ст.</i>		
Медиана	226,5	138,3
Верхний квартиль	302,1	159,9
Нижний квартиль	182,9	102,2
<i>Скорость массопереноса в диапазоне 30-35 мм рт. ст.</i>		
Медиана	40,1	53,0
Верхний квартиль	52,2	67,0
Нижний квартиль	22,1	43,2
<i>Парциальное давление кислорода, мм рт. ст.</i>		
Медиана	19,2	0,7
Верхний квартиль	3,7	0,8
Нижний квартиль	34,9	0,6

ленного к опыту (интактные животные). Эти случаи были использованы как модель для изучения возможностей прямой оксиметрии в определении жизнеспособности ПЖ. Спустя 8 часов после наступления смерти у этих животных измерялось парциальное давление кислорода на поверхности ПЖ.

Измерения проводились по следующей методике: после орошения исследуемой поверхности предварительно подогретым до 37°C физиологическим раствором, на исследуемый участок устанавливали датчик типа Clark, приводя в плотное соприкосновение поверхность исследуемого органа и измерительную поверхность мембраны датчика.

В результате измерения получали кинетическую кривую поглощения кислорода, которая содержит в себе информацию о процессах тканевого дыхания и кислородного транспорта исследуемой ткани [2]. По полученной кривой рассчитывали скорость поглощения кислорода в диапазоне 145 - 155 мм рт.ст., а также 30 - 35 мм рт.ст. и минимальное значение. Интервал 145-155 мм рт.ст. характеризует дыхательную активность исследуемой ткани, т.е. скорость поглощения кислорода из электролита окружающего электрод датчика. Минимальное значение, или стационарный уровень, характеризует величину парциального давления в исследуемой ткани.

Полученные данные сравнены с данными в контрольной группе (норма) и представлены в таблице.

Результаты и обсуждение. Как видно из таблицы, в диапазоне 145-155 мм рт.ст. скорость уменьшается на 39%, что на наш взгляд говорит о существенном замедлении процессов поглощения и утилизации кислорода. В диапазоне 30-35 мм рт.ст. скорость незначительно увеличивается, что, вероятно, свидетельствует об увеличении свободного кислорода в межклеточном пространстве.

Показательным является стационарный уровень парциального давления: медиана 0,7 мм рт.ст (в норме 19,2 мм рт.ст.), что неоспоримо свидетельствует о глубокой тканевой гипоксии.

Выводы.

Метод прямой оксиметрии определяет способность ткани ПЖ поглощению и утилизации кислорода и регистрирует глубокую гипоксию, что подтверждает его диагностические возможности.

Литература:

1. Хирургия / Д. А. Благовестов [и др.]. - 2004. - № 5. - С. 68-75.
2. Титовец, Э. П. Акваторины человека и животных: фундаментальные и клинические аспекты / Э. П. Титовец. - Минск: Белорус. наука, 2007. - 239 с.

ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ОКСИГЕНАЦИЮ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клюйко Д.А., Корик В. Е., Жидков С.А.,
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. До нынешнего времени острый панкреатит (ОП) остается серьезной медико-биологической, социально-экономической проблемой и, вместе с тем, недостаточно изученной патологией неотложной хирургии.

Течение ОП сопровождается выраженными микроциркуляторными нарушениями, приводящими к гипоксии паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) [1].

С уровнем парциального давления кислорода в ткани железы неразрывно взаимосвязан каскад патологических изменений в ПЖ в процессе развития ОП. Измерение парциального давления кислорода, может явиться ключом к определению степени поражения ткани и возможностью прогнозирования развития патологического процесса.

Цель. С помощью метода прямой оксиметрии экспериментально изучить влияние острого нарушения магистрального кровообращения на оксигенацию ткани ПЖ.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами применен кислородный сенсор типа Clark. С помощью прямой оксиметрии нами были исследованы 16 нелинейных морских свинок обоего пола с массой 745-935 г

У каждого животного после введения в наркоз измеря-

Таблица 1. Сравнительная характеристика статических и динамических показателей массопереноса кислорода, мм рт.ст.

Скорость массопереноса в диапазоне 145-155 мм рт. ст.		
	До наложения клипсы	После наложения клипсы на 15 мин.
Медиана	294,8	225,8
Верхний квартиль	337,5	254,4
Нижний квартиль	253,0	183,5
Минимальное значение, мм рт. ст.		
Медиана	71,6	3,1
Верхний квартиль	77,6	56,6
Нижний квартиль	18,9	1,2

лось парциальное давление кислорода на поверхности ПЖ, после чего выделялась и клипировалась центральная артерия железы. По истечении 15 минут, не снимая клипсу, производили повторное измерение на том же месте.

Измерения проводили по следующей методике: после орошения исследуемой поверхности предварительно подогретым до 37°C физиологическим раствором, на исследуемый участок устанавливали датчик типа Clark, приводя в плотное соприкосновение поверхность исследуемого органа и измерительную поверхность мембраны датчика. В результате измерения получали кинетическую кривую поглощения кислорода, которая содержит в себе информацию о процессах тканевого дыхания и кислородного транспорта исследуемой ткани [2]. По полученной кривой рассчитывали скорость поглощения кислорода в диапазоне от 145 до 155 мм рт. ст. и минимальное значение. Интервал 145-155 мм рт. ст. характеризует дыхательную активность исследуемой ткани, т.е. скорость поглощения кислорода из электролита окружающего электрод датчика. Минимальное значение, или стационарный уровень, характеризует величину парциального давления в исследуемой ткани. Для сравнения непараметрических значений прямой оксиметрии использовали метод Mann-Whitney U-test. Полученные данные представлены в таблице.

Результаты и обсуждение. Как видно из таблицы 1, имеется значительное уменьшение (на 23,4%) в скорости массопереноса кислорода в диапазоне 145-155 мм рт. ст. (медиана 294,8 мм рт. ст., после 15 минут воздействия, соответственно 225,8 мм рт. ст., $p=0,000001$), что свидетельствует о снижении способности к поглощению и утилизации кислорода находящейся в гипоксии тканью ПЖ.

Значительно изменяется уровень парциального давления кислорода: до клипирования медиана 71,6 мм рт. ст., после 15 минут воздействия, соответственно 3,1 мм рт. ст. ($p = 0,0000$), что свидетельствует о регистрации значительной гипоксии.

Выводы. Изменение скорости массопереноса кислорода и уровня парциального давления кислорода с тканью коррелируют со степенью гипоксии ПЖ, при остром нарушении магистрального кровообращения.

Литература:

1. Решетников, Е. А. // Хирургия / Е. А. Решетников, А. С. Миронов, Ю. А. Малов. - 2005. - № 11. - С. 25-27.
2. Титовец, Э. П. Акваторины человека и животных: фундаментальные и клинические аспекты / Э. П. Титовец. - Минск: Белорус. наука, 2007. - 239 с.

РОЛЬ ЧРЕСКОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Кондратенко Г. Г., Протасевич А. И.,
Соколовский П. А., Василевич А.П., Троянов А.А.,
Дудко А.А., Рябычина Т.А., Глецевич О.Е.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
УЗ "10-я городская клиническая больница"
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Современные малоинвазивные методики находят все большее применение при лечении осложненных форм острого панкреатита (ОП). Место этих методик в алгоритме лечения больных с ОП и его осложнениями окончательно не определено.

Цель. Совершенствование лечебно-диагностического алгоритма для улучшения результатов лечения больных с осложнениями ОП.

Изучить изменения некоторых показателей тяжести ОП после применения пункционно-дренирующих методов и оценить эффективность этих методов в комплексном лечении при различных осложнениях острого панкреатита.

Проводился анализ данных 30 пациентов, которым выполнялись пункционно-дренирующие вмешательства при ОП в УЗ "10 ГКБ г. Минска". Мужчин было 25 (83,3%), женщин - 5 (16,7%). Возраст больных варьировал от 23 до 65 лет (средний возраст $44,7 \pm 5,0$ лет).

Показанием к выполнению пункции являлось наличие жидкостного образования (ЖО) в брюшной полости по данным УЗИ и КТ у пациентов с осложненным течением ОП. Наиболее часто применялась методика дренирования с использованием устройства Ившина (УДПО). В соответствии с классификацией осложнений острого панкреатита (Атланта, 1992), пациенты были разделены на следующие группы.

Острое скопление панкреатической жидкости. Количество пациентов: 10 (30,3%). Средняя продолжительность лечения: $31,3 \pm 8,8$ койко-дней. Средний уровень лейкоцитов до выполнения процедуры: $17,2 \pm 4,4 \cdot 10^9/\text{л}$, после процедуры: $10,4 \pm 2,5 \cdot 10^9/\text{л}$. Средний уровень амилазы крови до процедуры: $253,8 \pm 63,8$, после процедуры: $125,5 \pm 33,6$.

Острая псевдокиста. Количество пациентов: 5 (16,7%). Средняя продолжительность лечения: $18,6 \pm 5,2$ койко-дней. Средний уровень лейкоцитов до выполнения процедуры: $9,5 \pm 0,9 \cdot 10^9/\text{л}$, после выполнения процедуры: $8,6 \pm 1,5 \cdot 10^9/\text{л}$. У 3-х из них дренирование выполнялось в связи с механической желтухой, вызванной сдавлением кистой головки ПЖ терминального отдела общего желчного протока - в двух случаях разрешение желтухи произошло в течение 4 и 10 суток, в одном случае разрешения желтухи после чрескожного дренирования не произошло. Потребовалось проведение 1 открытой операции.

Панкреатогенный абсцесс. Количество пациентов: 7 (23,3%). Средняя продолжительность лечения: $32,1 \pm 9,1$ койко-дней. Средний уровень лейкоцитов до выполнения

процедуры: $16,9 \pm 3,5 \cdot 10^9/\text{л}$, после выполнения процедуры: $9,9 \pm 0,9 \cdot 10^9/\text{л}$. При бактериологическом исследовании полученной жидкости определялись: *Staphylococcus epidermidis*, 10^6 ; *Escherichia coli*, 10^5 ; *Enterobacter cloacae*, 10^6 ; *Acinetobacter baumannii*, 10^6 ; *Klebsiella pneumoniae*, менее 10^3 . Дополнительное оперативное пособие понадобилось 1-му пациенту - лапаротомия, вскрытие и дренирование абсцесса сальниковой сумки.

Панкреонекроз с ЖО. Количество пациентов составило 8 (26,7%). Средняя продолжительность лечения: $76,0 \pm 31,5$ койко-дней. Средний уровень лейкоцитов до процедуры: $13,4 \pm 2,8 \cdot 10^9/\text{л}$, после процедуры: $13,3 \pm 1,3 \cdot 10^9/\text{л}$. Имело место одно осложнение - образовался кишечный свищ, который закрылся самостоятельно. Дополнительные оперативные пособия выполнялись у 4 пациентов. У одного пациента была произведена лапароскопия с дренированием брюшной полости. У двух пациентов была выполнена лапаротомия с дренированием сальниковой сумки. Затем понадобилась релапаротомия и дренирование брюшной полости. В данной группе пациентов наблюдался 1 летальный случай.

Выводы. Чрескожное дренирование под УЗ-контролем является важной лечебно-диагностической процедурой в алгоритме лечения ЖО ПЖ. В зависимости от типа ЖО, роль и значение пункционно-дренирующих методик варьирует.

Литература:

1. Пункции и дренирование жидкостных скоплений при остром панкреатите и его осложнениях / Б. Л. Дуберман [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии*. - 2008. - Т. 13, № 1. - С. 87-93.
2. *Percutaneous fine-needle pancreatic pseudocyst puncture guided by three-dimensional sonography* / J. Polakow [et al.] // *Hepato-gastroenterology*. - 2001. - Vol. 48. - P. 1308-1311.

ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТОГЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Коровин А.Я., Авакимян С.В., Гедзюн Р.В.
ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский
университет
г. Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Панкреатогенный перитонит (ПП) осложняет течение деструктивного панкреатита (ДП) на разных этапах заболевания и является одной из причин прогрессирования панкреатогенного шока, встречающегося у 14,8% пациентов, с летальностью от 25 до 80% [2, 3]. Основой органной дисфункции при ПП представляется синдром системного воспалительного ответа (SIRS), обусловленного массивным выбросом в системную гемодинамику медиаторов воспаления. Причины иммуносупрессии при ДП разнообразны, но непосредственное участие в этом принимают панкреатогенные токсины, нарушение механизмов гуморальной регуляции иммунитета и возникающий синдром компенсаторного противовоспалительного ответа (CAPS). Подобный дисбаланс приводит к истощению ИКК и определяет

развитие выраженного вторичного иммунодефицита, который в послешоковом периоде становится ведущим патогенетическим звеном в развитии ДП и прогрессировании ПП [1, 2]. Тяжесть течения ПП определяет необходимость опережающего характера комплексного воздействия на патологический процесс [1, 2, 3].

Цель. Обозначить позиции патогенетической посиндромной интенсивной терапии ПП и изучить возможности коррекции иммунологического статуса при ПП.

Материал и методы. В рамках открытого рандомизированного контролируемого исследования проведено обследование и лечение 335 больных с распространёнными формами ПП. В основной группе, состоящей из 169 пациентов проводилась комплексная интенсивная терапия (ИТ) с применением миниинвазивных оперативных пособий (МОП). На фоне общей иммунотерапии у 15 пациентов основной группы проводили заместительную цитокинотерапию отечественным иммуномодулятором (ИмМД) - ронколейкином. В контрольной группе применяли традиционные способы лечения с использованием открытых хирургических доступов. Определяли показатели ферментограммы, уровень ЦИК, ЛИИ, эффективную концентрацию альбумина. Основные субпопуляции иммунокомпетентных клеток определяли иммуно-цитохимическим методом. Концентрацию интерлейкинов изучали методом твёрдофазного иммуноферментного анализа. При прогнозировании течения ПП основывались на системах оценки тяжести состояния больных АРАСНЕ II и модифицированных системах.

Результаты и обсуждение. В основной группе в арсенале МОП выделяли полостные, чревоорганные, эндovasкулярные и системно-корректирующие вмешательства. Частоту и кратность применения МОП определяли на основании динамики патологического процесса с учётом клинико-лабораторных показателей. Использована патогенетически обоснованная схема интенсивной терапии (ИТ), представленная здесь основными позициями. Антибактериальная терапия базировалась на следующих принципах: антибактериальные доступы (кавальный, селективный аортальный, эндолимфатический, интестинальный), многокомпонентность химиотерапии, выбор доз и сочетание препаратов в зависимости от наличия постантибиотического эффекта. Инфузионная терапия для решения следующих задач: восстановление адекватной тканевой перфузии, коррекция гомеостаза, снижение концентрации токсических субстанций и медиаторов септического каскада. Состав инфузионной программы зависел от выраженности гиповолемии, фазы ДВС-синдрома, уровня альбумина плазмы, тяжести респираторного дистресс-синдрома (РДС). Респираторная поддержка с целью коррекции газового гомеостаза, уменьшения лёгочного шунтирования и устранения артериальной гипоксемии - позволяла не допустить более поздних фаз развития РДС и полиорганной недостаточности (ПОН).

Ранняя нутритивная поддержка при ПП через назоинтестинальный зонд в комплексе ИТ предупреждает транслокацию микрофлоры из кишечника, повышает функциональную активность энтероцитов и их защитные свойства, снижая напряжённость эндотоксикоза и риск вторичных инфекционных осложнений. Проведенные исследования иммунологического профиля свидетельст-

вуют, что запуск синдрома системного воспалительного ответа (SIRS) индуцирует механизмы "feed-back" регуляции, в основе которых лежит продукция противовоспалительных цитокинов. Выраженный вторичный иммунодефицит явился ведущим патогенетическим звеном в развитии ДП и прогрессировании ПП. При применении ИмМД отмечена более быстрая нормализация биохимических маркеров ДП, синдром ПОН был менее выраженным, сократилось число инфекционных осложнений ДП.

Выводы. Использование патогенетически оправданной хирургической тактики с ИТ позволило нивелировать проявления ПОН, снизить число поздних осложнений ДП при ПП с 41,3% до 13,5% и летальность до 7,7% в группе больных с ферментным и до 18,5% в группах с гнойным перитонитом. Комплексное применение ИмМД нивелирует феномен "цитокиновой бури" в период прогресса SIRS и способствует снижению уровня гнойных осложнений и число связанных с ними поздних операций.

Литература:

1. Тарасенко, В. С. Особенности иммунного статуса при остром панкреатите / В. С. Тарасенко, А. Н. Смолягин, В. А. Кубышкин // Хирургия. - 2000. - № 8. - С. 51-54.
2. Филлин, В.И. Неотложная панкреатология / В. И. Филлин, А. П. Костюченко. - СПб.: Питер, 2000. - 198 с.
3. Curley, P. Cytokines and acute pancreatitis / P. Curley // Gastroenterology. - 1996. - Vol. 110. - P. 639-642.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Кулиш В.А., Андреев А.В., Авакимян С.В.,
Бочкарева И.В., Коровин А.Я.
Кубанский государственный медицинский
университет,
г. Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Хирургические проблемы лечения острого панкреатита не могут считаться разрешенными. Интенсивная терапия способствует abortивному течению только легких форм острого панкреатита. [1, 3]

Цель. Улучшить результаты лечения деструктивного панкреатита комплексным применением миниинвазивных оперативных пособий (МОП).

Материал и методы. Выполнено 512 миниинвазивных оперативных пособий у 292 больных с деструктивным панкреатитом средней и тяжелой степени тяжести.

Результаты и обсуждение. Под МОП для лечения острого панкреатита понимали обширный спектр хирургического пособий, направленных на лечение местных и общих проявлений, ранних и поздних осложнений заболевания. Условно МОП разделили на 4 группы: полостные, чревоорганные, эндovasкулярные, системнокорректирующие. Эндоскопические пособия (ЭП) в первой группе представлены лапароскопическими катетеризацией круглой связки печени, дренированием брюшной полости, дренированием сальниковой сумки, симпатической и парасимпатической блокадами,

холецистостомией, оментобурсостомией и торакоскопией с дренированием плевральных полостей.

Во второй группе МОП характеризуются большей инвазивностью: ультрасонографическая чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия и микрохолангиостомия; эндоскопические папиллосфинктеротомия, назобиллиарное дренирование, бурсогастростомия, трансгастральное вскрытие абсцесса поджелудочной железы, эндобронхиальная деблокация острых абсцессов легких. В третьей группе эндоскопический вариант бужирования, катетеризации пупочной вены, катетеризация абдоминальной аорты бедренным доступом для регионарной химиотерапии. В ходе выполнения лапароскопии проводилась блокада эфферентных ветвей чревного сплетения, что является препятствием на пути распространения патологических рецепторных влияний на легочноплевральные структуры [1, 2, 3] Применение системно-корректирующих МОП в комплексе лечения токсемии и полиорганной недостаточности позволяет не допускать развития поздних фаз респираторного дистресс-синдрома и других системных осложнений. Достигнуто снижение уровня поздних осложнений на 40%. В этой группе больных с деструктивным панкреатитом, сравнительно с группой больных, леченных традиционно посиндромно с применением оперативных вмешательств, летальность снизилась вдвое и составила 18,2%.

Вывод. Применение ЭП в комплексе с другими МОП способствует решению задачи улучшения ближайших и отдаленных результатов лечения тяжелых форм острого панкреатита [3].

Литература:

1. Акилов, Х. А. *Лечебная тактика при поздних осложнениях панкреонекроза* / Х. А. Акилов, М. Х. Вакасов // IX Всерос. съезд хирургов: тезисы докл. - Волгоград, 2000. - С. 7.
2. *Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита: пособие для врачей* / М. И. Прудков [и др.]. - Екатеринбург, 2001. - 42 с.
3. Бондарев, Г. А. *Комплексное хирургическое лечение панкреонекроза: автореф. ... дис. д-ра мед. наук* / Г. А. Бондарев.

РОЛЬ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Леонович Э.И., Лавинский Х.Х.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. По данным зарубежных исследователей, лечебные рационы питания у 59% терапевтических и 47% хирургических больных не удовлетворяют их энергетическим потребностям, поэтому пациенты находятся в той или иной степени алиментарной недостаточности [1]. Следовательно, организм больных подвергается воздействию энергетического дефицита, который приводит к алиментарным нарушениям и ухудшению течения болезни. Очевидно, что стационарные больные крайне нуждаются в адекватном и сбалансированном питании [2].

рованном питании [2].

Цель. Установление энергетических потребностей в пищевой энергии и энергетического дефицита у больных острым панкреатитом и выявление роли энергетического обмена в развитии острого панкреатита во время стационарного лечения.

Материал и методы. Объект наблюдения - больные острым панкреатитом. Предмет исследования - состояние фактического питания в первые 3-4 суток (период полного голодания) и в последующие сутки стационарного лечения (период неполного голодания). Энерготраты больных определяли по суточной экскреции общего азота с мочой, состояние энергетического дефицита - как разницу между среднесуточными энерготратами и фактически поступившей пищевой энергии (энергетической ценностью среднесуточного рациона питания). Степень алиментарной недостаточности оценивали по величине азотистого баланса.

Результаты и обсуждение. Нами установлено, что во время стационарного лечения больные острым панкреатитом находятся в состоянии как полного (в первые 3-4 суток), так и неполного голодания (в последующие сутки). Мы определили энерготраты больных острым панкреатитом во время стационарного лечения: в первые 3-4 суток - $3398 \pm 93,37$ ккал/сут при фактическом поступлении пищевой энергии - $169 \pm 9,22$ ккал/сут; в последующие сутки - $2820 \pm 52,23$ ккал/сут при энергетической ценности среднесуточного рациона питания - $1780 \pm 21,05$ ккал/сут. Следовательно, в первые 3-4 суток стационарного лечения больные подвергаются воздействию декомпенсированного энергетического дефицита (дефицит пищевой энергии составил более 2000 ккал/сут), а в последующие сутки - субкомпенсированного дефицита пищевой энергии (дефицит пищевой энергии - менее 2000 ккал/сут) [2].

Нами установлена сильная прямая корреляционная связь между клиническим состоянием больных острым панкреатитом и их суточными потребностями в пищевой энергии. Показано, что чем выше уровень ферментов в биологических жидкостях, тем клинически тяжелее протекает острый панкреатит [3]. Коэффициент парной корреляции между уровнем α -амилазы в крови на 3 - 4 сутки - $127,1 \pm 8,25$ ЕД, в последние сутки стационарного лечения - $66,6 \pm 3,22$ ЕД и среднесуточными потребностями в пищевой энергии в период полного - $3398 \pm 93,37$ ккал/сут и неполного голодания - $2820 \pm 52,23$ ккал/сут составил соответственно 0,9, $p < 0,001$, что свидетельствовало о сильной прямой зависимости энергетических потребностей от клинического состояния больных острым панкреатитом. Определено, что в период полного голодания установлена тяжелая степень, а в период неполного голодания - средняя степень недостаточности питания, что позволило нам определить степень недостаточности питания по величине суточных энерготрат: 3180 и более ккал/сут - тяжелая степень, от 2665 до 3180 ккал/сут - средняя степень алиментарной недостаточности [2].

Таким образом, энергетические потребности, величина которых определяет степень алиментарной недостаточности, находятся в прямой зависимости от клинического состояния пациентов [2].

Выводы. Адекватная и сбалансированная лечебная алиментарная терапия острого панкреатита позволит

устранить энергетический дефицит и значительно уменьшить степень выраженности клинических проявлений острого панкреатита и количество связанных с ним осложнений.

Литература:

1. *Нутритивная поддержка больных в критических состояниях* / Т. С. Попова [и др.]. - М.: М-Вести, 2002. - 320 с.

2. *Леонович, Э. И. Коррекция питания больных с различными клиническими состояниями* / Э. И. Леонович // *Воен. медицина*. - 2008. - № 3. - С. 40-42.

3. *Козырев, М.А. Острый панкреатит: лекция* / М. А. Козырев. - Минск: БГМУ, 2003. - 20 с.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ - ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Леонович С.И., Кондратенко Г.Г., Протасевич А.И., Куделич О.А., Ромейко Н.В., Троянов А.А.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В последние годы резко увеличилось число больных, страдающих различными видами хронического индуративного панкреатита и холецистопанкреатита. Исследованиями наших и зарубежных хирургов установлено, что первопричиной хронического панкреатита в большинстве случаев являются желчнокаменная болезнь и холедохолитиаз. Обнаружено также, что нередко развитию этого заболевания способствуют гипотонические состояния двенадцатиперстной кишки, дуоденальные стазы, стриктуры фатерова соска или его недостаточность. Разработка новых методов диагностики заболеваний панкреатодуоденальной зоны привела к совершенствованию операций при этом заболевании (резекция поджелудочной железы, папиллопластика, создание панкреатокишечных анастомозов и др.). Однако не всегда уделяется должное внимание тому, что увеличение числа больных хроническим панкреатитом связано с правильным и полным курсом лечения острого панкреатита и его осложнений. До 10% больных, находящихся на лечении стационаров не хирургического профиля (с обострением язвенной болезни 12-й перстной кишки, гастрита, дуоденита, холецистита, холангита, колита и др.) перенесли острый панкреатит (доклинические формы). Данные подтверждены лабораторными и специальными методами исследования. Несвоевременно установленный диагноз и проведенный курс лечения - гарантия хронического панкреатита.

Материал и методы. Одна из распространенных форм хронического панкреатита характеризуется изолированным или преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Среди 317 больных оперированных за последние 10 лет по поводу различных форм ХП, указанная форма заболевания отмечена у 12,7%. У этих пациентов отмечена повышенная тяжесть клинических проявлений панкреатита, большая частота осложнений, в частности обтурационная желтуха или

холангит, дуоденальная кишечная непроходимость. Для выполнения диагностических исследований и определения точной формы и клинико-морфологической стадии хронического панкреатита (ХП) выполнено ангиографическое исследование - целиакомезентеринография у 79 больных. Данное исследование имело значение для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики с злокачественными новообразованиями, для выявления объема поражения поджелудочной железы, что особенно важно при индуративных и псевдотуморозных формах ХП. У 32,5% больных не выявлено ангиографических признаков изменения со стороны чревных сосудов.

Результаты и обсуждение. Опыт лечения 268 пациентов с кистозными формами ХП свидетельствуют о необходимости индивидуального подхода в выборе операций. Выбор способа хирургического лечения кист поджелудочной железы определяется следующими факторами: локализацией кисты и ее размером, связью полости кисты с главным панкреатическим протоком, состоянием выводного протока ПЖ, состоянием паренхимы ПЖ.

Несмотря на широкий арсенал современных методов диагностики достоверное различие хронического панкреатита (ХП) и его осложнений, особенно при преимущественном поражении головки поджелудочной железы, с опухолевым процессом остается весьма сложной задачей. Как показали наши исследования; УЗИ как скрининговый метод диагностики и ангиографическое исследование не всегда позволяют провести грань между ХП и опухолью головки ПЖ в ранних стадиях из-за сложности их эхографических признаков. Однако при длительном течении ХП возможны предпосылки к развитию рака. Выполнение ПДР при ХП обеспечивает удаление морфологического субстрата, купирование болевого синдрома. За 5 лет у 23 пациентов выполнено ПДР с одним летальным исходом от тяжелых сопутствующих осложнений. Однако широкое внедрение этих операций в практику не всегда оправдано.

При вторичном панкреатите все оперативные вмешательства были направлены на устранение билиарной и панкреатической гипертензии.

Более широкое применение получили операции Бегера, Фрея и др. При холецистопанкреатите со стенозом фатерова соска с расширением вирсунгова протока выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию или различного вида анастомозы.

Выводы. Тактика хирургического лечения ПЖ должна быть строго индивидуальной. Выбор способа оперативного лечения ХГ зависит от клинической формы и осложнений. Во многих случаях объем операции определяется интраоперационно.

ТАКТИКА ЭТАПНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Литвин А.А., Раголевич Г.С.,
Свистунов С.В., Хоха В.М.
УО "Гомельский государственный медицинский
университет",
УЗ "Гомельская областная клиническая больница",
УЗ "Мозырская городская больница", г. Мозырь,
Республика Беларусь

Актуальность. Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики позволяют разработать тактику лечения острого некротизирующего панкреатита (ОНП), дифференцированную в зависимости от особенностей течения заболевания, обусловленных комбинациями типичных осложнений панкреонекроза [1, 2, 3].

Цель. Разработка и внедрение тактики этапного комбинированного хирургического лечения ОНП.

Материал и методы. Дизайн исследования - проспективное, нерандомизированное, обсервационное, двуцентровое. Нулевая гипотеза: применение этапного комбинированного хирургического лечения ОНП идентично стандартному хирургическому лечению. Задача исследования: оценка клинической эффективности сравниваемых тактик хирургического лечения.

Критерии включения: пациенты с ОНП, которым проводились "открытые" хирургические вмешательства, возраст старше 18 лет. Критерии исключения: несоответствие критериям включения, пациенты с тяжелым острым панкреатитом, ранее оперированные по поводу инфицированного панкреонекроза в других ЛПУ г. Гомеля и Гомельской области, пациенты с фульминантным ОП. Сроки исследования - январь 2003 г. - декабрь 2009 г.

В исследование включены 92 больных ОНП, находившихся на лечении в УГОКБ и УЗМГБ. Все пациенты получали комплексную консервативную терапию и были оперированы по поводу инфекционных осложнений ОНП. Больные были разделены на две группы по виду оперативного лечения: I группа (контроль) - 35 пациентов, которым выполнялась лапаротомия и/или люмботомия, некрэксвестрэктомия. II группа (группа исследования) - 57 больных, проводилось этапное комбинированное хирургическое лечение, включающее дренирование острых жидкостных скоплений парапанкреатической и забрюшинной клетчатки под УЗ-контролем (I этап - миниинвазивный). Миниинвазивный этап выполнялся как в начале заболевания с целью удаления токсичного выпота и "обрыва" острого панкреатита, так и на 10-24 сутки от начала заболевания, когда происходила трансформация стерильного панкреонекроза в инфицированный. 2 этап - некрэксвестрэктомия путем лапаротомии и/или люмботомии - выполнялась на 14-30 сутки от начала заболевания всем пациентам данной группы.

Результаты и обсуждение. Анализ демографических показателей, основных причин, структуры и тяжести клинических форм показал, что выделенные на осно-

вании различных вариантов хирургического лечения группы пациентов не отличались.

Сроки госпитализации после открытой операции в группе исследования были достоверно ниже, чем в группе контроля (19,7 [12 - 31] суток против 27,7 [20 - 39] суток, M [ДИ 95%]; $p < 0,05$). Количество поздних (несвоевременных) "открытых" операций снизилось с 5 до 1 ($p < 0,05$).

Отмечено снижение числа тяжелых неограниченных гнойно-септических осложнений: СПОН, сепсис, ДВС-синдром - в 71,4% случаев в контрольной группе, 48,6% - в основной группе; обширная флегмона забрюшинной клетчатки - 65,7% и 40,5% случаев соответственно ($p < 0,05$). Также выявлено статистически достоверное различие между группами по числу аррозивных кровотечений и дигестивных свищей. Частота развития аррозивных кровотечений в I группе составила 20,0%, во II группе - 10,8% ($p < 0,05$). Частота развития тяжелого сепсиса у пациентов первой группы - 54,3%, второй - 29,7% ($p < 0,05$). Летальность в первой группе составила 40,7%, во второй - 25,0% ($p < 0,05$).

Вывод. При ОНП хирургическое лечение может состоять из нескольких этапов. Первый этап - дренирование стерильных или инфицированных острых жидкостных скоплений под УЗ-контролем; второй этап - лапаротомия и/или люмботомия с этапными некрэксвестрэктомиями - при неэффективности I этапа хирургического лечения ОНП. Комбинация миниинвазивного лечения с выполнением "открытых" хирургических вмешательств по показаниям позволяет улучшить результаты лечения пациентов с ОНП.

Литература:

1. Пугаев, А. В. *Острый панкреатит* / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. - М.: Профиль, 2007. - 335 с.
2. Савельев, В. С. *Панкреонекрозы* / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. - М.: ООО "Мед. информ. агентство", 2008. - 264 с.
3. Bradley, E. L. *3rd. Management of severe acute pancreatitis: a surgical odyssey* / E. L. 3rd Bradley, N. D. Dexter // *Ann. Surg.* - 2010. - Vol. 251, N. 1. - P. 6-17.

СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕРИЛЬНОГО И ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Литвин А.А., Юргель А.В., Анасович Д.В.,
Филатов А.А., Ковалев В.А., Прус А.В.
УО "Гомельский государственный медицинский
университет"
УЗ "Гомельская областная клиническая больница",
Объединенный институт проблем информатики
НАН РБ,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Ранняя диагностика инфицированного панкреонекроза является сложной, частота диагностических ошибок достигает 40% [1]. Одним из новых методов анализа КТ изображений является определение анизотропии тканей и связанных с ней параметров

градиента яркости [2, 3].

Цель. Разработать и оценить эффективность системы ранней дифференциальной диагностики стерильного (СПН) и инфицированного панкреонекроза (ИПН) на основе предложенного способа анализа КТ-изображений.

Материал и методы. Основанием для анализа КТ изображений с помощью вычисления коэффициента анизотропии послужил тот факт, что при ИПН в результате секвестрации и гнойного расплавления происходит деструкция локальной структуры ткани поджелудочной железы и перипанкреатической клетчатки. При стандартном анализе КТ изображений органов брюшной полости и забрюшинного пространства такие различия обычно не регистрируются.

В соответствии с клиническими, морфологическими и бактериологическими данными выделены 2 группы пациентов. В 1 группу вошли 20 пациентов (15 мужчин и 5 женщин) с ИПН. 2 группу составили 45 пациентов (29 мужчин и 16 женщин) со СПН.

Значения параметров градиента яркости и параметров анизотропии для СПН и ИПН вычислялись на основании компьютерной обработки КТ изображений органов брюшной полости и забрюшинного пространства, имеющихся в базе данных кабинета компьютерной томографии У"ГОКБ" (август 2007 г. - декабрь 2009 г., компьютерный томограф "GE LightSpeed Pro 16").

Результаты и обсуждение. Нами выявлены типичные значения параметров градиента яркости и параметров анизотропии, характерные для СПН и ИПН. Наличие картины однонаправленной анизотропии (средний градиент = 6,49, среднее квадратичное отклонение = 3,93, интегральный коэффициент анизотропии, $F_2 = 1,46$, коэффициент пространственной неоднородности, $F_3 = 2,51$) являлось основанием для установления диагноза "стерильный панкреонекроз". Анизотропия ткани поджелудочной железы при ИПН имела многонаправленный вид с несколькими явно выраженными направлениями ориентации без очевидного доминирования какого-либо из них (средний градиент = 20,86, среднее квадратичное отклонение = 21,92, интегральный коэффициент анизотропии, $F_2 = 1,72$, коэффициент пространственной неоднородности, $F_3 = 5,64$).

Проведен проспективный анализ эффективности разработанного способа дифференциальной диагностики ИПН и СПН на основании анализа компьютерных томограмм 26 пациентов. У всех этих пациентов диагностированы распространенные формы тяжелого острого панкреатита (крупноочаговый, субтотальный панкреонекроз) с поражением забрюшинной клетчатки. У 16 обследованных пациентов на основании анализа КТ изображений заподозрен СПН, у 10 - ИПН. У 10 этих пациентов в последующем были проведены тонкоигольные аспирационные биопсии перипанкреатической клетчатки под УЗ-наведением. По результатам бактериологического исследования ИПН был окончательно подтвержден в 9 случаях и проведено хирургическое лечение. Средние сроки установления диагноза по традиционным клиническим, инструментальным и лабораторным методам по результатам ретроспективного анализа результатов лечения 65 пациентов составили $16,1 \pm 2,5$ (Me+SD) дней после госпитализации, у 26 пациентов с использованием нового способа дифферен-

циальной диагностики - $15,5 \pm 3,1$ (Me+SD) дня.

Выводы. Метод позволяет на основе вычисления интегрального показателя анизотропии тканей проводить дифференциальную диагностику между СПН и ИПН. Начальный опыт использования данного метода в группе пациентов с тяжелым острым панкреатитом позволяет отметить, что возможна более ранняя и точная диагностика инфекционных осложнений панкреонекроза. Для более точного определения информативности предлагаемого метода необходимы дальнейшие исследования на достаточном клиническом материале.

Литература:

1. Al Mofleh, I. A. Severe acute pancreatitis: pathogenetic aspects and prognostic factors / I. A. Al Mofleh // World J. Gastroenterol. - 2008. - Vol. 14, N. 5. - P. 675-684.
2. Кармазановский, Г. Г. Компьютерная томография поджелудочной железы и органов забрюшинного пространства / Г. Г. Кармазановский, В. Д. Федоров. - М: Паганель, 2000. - 304 с.
3. Ковалев, В. А. Анализ текстуры трехмерных медицинских изображений / В. А. Ковалев. - Минск: Белорус. наука, 2008. - 263 с.

ПАРАПАНКРЕАТИТ КАК ОБЛИГАТНЫЙ КОМПОНЕНТ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ

Майоров В.М., Дундаров З.А., Подольский А.Л.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Уровень летальности, достигающий 85% при инфицированных формах острого деструктивного панкреатита (ОДП), ставит задачу улучшения результатов лечения в этой категории больных в ранг приоритетной. При наличии сформированного очага панкреонекроза лечебные мероприятия направлены на обеспечение асептического течения процесса и профилактики его инфицирования [1, 2]. Следует отметить то обстоятельство, что проблема лечения парапанкреатита незаслуженно "остаётся в тени" при обсуждении тактических лечебных решений.

Цель исследования. Выявление закономерностей развития и эволюции морфологических изменений в парапанкреатической клетчатке (ППК) при ОДП.

Материал и методы. В ходе работы был выполнен сплошной ретроспективный анализ 132 протоколов вскрытий умерших от ОДП.

Результаты и обсуждение. Тотальный панкреонекроз обнаружен в 3,78 % наблюдений. Во всех наблюдениях было отмечено поражение ППК в виде диффузного геморрагического пропитывания. Субтотальное поражение ПЖ зарегистрировано в 24,2%. В отличие от истинного тотального поражения при макроскопическом осмотре препарата обнаруживались участки сохраненной паренхимы. Также при визуальном осмотре железа была плохо отличима от окружающей ее ППК, была резко

отечной с пластинчатыми кровоизлияниями по типу небольших гематом. В дальнейшем в результате гемолиза эритроцитов жировая клетчатка принимала буровато-коричневый или шоколадный оттенок. У неоперированных умерших продольное рассечение ткани железы выявило тот факт, что в большей степени поражались кортикальные отделы различной толщины и протяженности от 3 до 12 мм. Выявленная особенность объясняет тот факт, что во время ранней лапаротомии, предпринятой по поводу некротизирующего панкреатита, визуальный осмотр ПЖ не дает достоверного представления о реальном масштабе поражения ткани. Отторжение поверхностно расположенных участков некротизированной паренхимы ПЖ, закономерно приводит к разгерметизации протоковой системы и формированию транзиторных панкреатических свищей, дебит которых определяется диаметром пораженного протока.

Поражение ППК при ОДП было выявлено у всех пациентов. Эволюция парапанкреатита определялась сроком заболевания и преобладающим морфологическим компонентом острого панкреатита. В первую неделю заболевания у неоперированных умерших диагностирован ферментативный инфильтративный с геморрагическим пропитыванием парапанкреатит различной распространенности. При аутопсии умерших, оперированных по поводу развившихся гнойных осложнений ОДП, в ППК и ЗБК также были обнаружены значительные морфологические изменения. Источником формирования гнойно-некротической формы распространенного парапанкреатита служили массивные кровоизлияния со свертыванием излившейся крови и крупные колликовационно трансформированные очаги жирового некроза в ЗБК.

Выводы.

1. Развитие парапанкреатита обусловлено закономерностями фазовой эволюции заболевания ОДП. Поздние осложнения манифестируют на этапе расплавления деструктивно измененной поджелудочной железы и окружающей ее парапанкреатической клетчатки.

2. Анализ оперативных вмешательств показал, что вмешательство заключалось в санации пораженной парапанкреатической клетчатки. Таким образом, следует считать, что объектом операции является собственно парапанкреатит.

3. В связи с этим перспективным представляется разработка способов ранней диагностики распространенных форм поражения парапанкреатической клетчатки и вариантов ранней декомпрессии забрюшинного пространства с целью профилактики развития в нем обширных нагноительных процессов.

Литература:

1. Багненко, С. Ф. *Острый панкреатит - современное состояние проблемы и нерешенные вопросы* / С. Ф. Багненко, В. Р. Гольцов // *Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского*. - 2008. - № 3. - С. 104-112.

2. Шотт, А. В. *Выбор метода лечения острого панкреатита* / А. В. Шотт, С. И. Леонович, Г. Г. Кондратенко // *Проблемы хирургии в современных условиях: материалы XIII съезда хирургов Респ. Беларусь*. - Т. 2. - С. 226-228.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Малюга В.Ю., Климов А.Е., Федоров А.Г., Давыдова С.В., Габоян А.С., Бархударов А.А.
Российский университет Дружбы народов,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Хирургическое и эндоскопическое лечение больных хроническим панкреатитом и оценка результатов лечения по-прежнему являются актуальной задачей. Это обусловлено ростом заболеваемости хроническим панкреатитом, ежегодно в мире выявляется от 1,6 до 23 случаев на 100 тыс. населения [1].

Цель. Оценить эффективность эндоскопической декомпрессии желчных протоков у больных хроническим панкреатитом.

Материал и методы. Проанализированы результаты эндоскопического лечения 18 пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным механической желтухой. Причиной желтухи в 13 (72,2%) случаях явилось увеличение головки поджелудочной железы, в 5 (27,8%) случаях - кисты поджелудочной железы. В качестве первого этапа перед операцией эндоскопическое вмешательство проведено 5 (27,8%) пациентам. В 13 (72,2%) случаях было окончательным способом лечения в связи с отказом больных от хирургического лечения или при невозможности выполнения операции в связи с выраженной сопутствующей патологией и/или преклонным возрастом пациентов. В 13 (72,2%) случаях хронического головчатого панкреатита при наличии механической желтухи выполнено эндоскопическая папиллосфинктеротомия и стентирование общего желчного протока, в 2 (11,1%) случаях эндоскопическая папиллосфинктеротомия сочеталась с назобилиарным дренированием. В 3 (16,7%) случаях эндоскопическое вмешательство не удалось.

Результаты и обсуждение. Явления механической желтухи и холангита купированы у всех 18 больных с нормализацией лабораторных показателей. Пяти (27,8%), больным вторым этапом выполнено оперативное вмешательство в объеме резекции головки поджелудочной железы. В 13 (72,2%) случаях проводилось повторное стентирование общего желчного протока из-за окклюзии эндопротеза.

Выводы. Механическая желтуха и холангит, осложняющие течение хронического панкреатита, являются показаниями к эндоскопическому дренированию желчных протоков. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия эндопротезирование общего желчного протока и назобилиарное дренирование выполняются как с целью подготовки больных к хирургическому вмешательству, так и могут служить методом билиарной декомпрессии у пациентов в случаях невозможности выполнения операции. Недостатком эндоскопического лечения является необходимость многократной смены эндопротезов из-за их окклюзии в сроки до 3-4 месяцев.

Литература:

1. Охлобыстин, А. В. *Современная тактика лечения хронического панкреатита* / А. В. Охлобыстин // *Consilium medicum*. - 2002. - № 6. - С. 14-19.

ПОРАЖЕНИЕ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Маскин С.С., Гольбрайх В.А., Жидовинов Г.И., Ермолаева Н.К., Лопастейский Д.С., Иголкина Л.А. "Волгоградский государственный медицинский университет", г. Волгоград, Российская Федерация

Актуальность. Одним из самых грозных осложнений при панкреонекрозе (ПН) является парапанкреатит (ПП). Частота гнойно-некротического парапанкреатита (ГНПП) достигает 25-73%, а летальность более 60%.

Цель. Определить значение поражения забрюшинной клетчатки в клиническом течении и прогнозе заболевания у больных с ПН.

Материал и методы. Оперировано 164 больных за последние 6 лет по поводу ПН, что составило 18,3% от всех больных с острым панкреатитом. Билиарная и алкогольная этиология была у 86% пациентов. Мужчин было 96, женщин 72.

Результаты и обсуждение. У 17 больных (10,3%) оперативное вмешательство выполнено в I-ой фазе, что было связано с наличием ферментативного перитонита и заключалось в дренировании брюшной полости и сальниковой сумки, холецистостомии. У 11 больных данное вмешательство было выполнено лапароскопически. У всех больных макроскопически отмечались признаки ферментативного парапанкреатита.

147 больных были оперированы в фазу расплавления и секвестрации. Интраоперационные находки были следующие. Поражение головки ПЖ отмечалось у 34 (23,1%), поражение тела и хвоста у 50 больных (34%), субтотально-тотальное поражение поджелудочной железы (ПЖ) отмечено у 63 больных (42,9%). ГНПП выявлен у 83 больных (56,5%). По распространенности (Толстой А.Д., 1999) у 24 пациентов (29%) процесс относился к степени А, В, С; у 59 пациентов (71%) распространенность достигала степени Д, Е. Индекс поражения брюшной полости при распространенном ГНПП был более 12 баллов. По шкале АРАСНЕ II сумма баллов была более 25.

Оперативные вмешательства у больных с ГНПП заключались в лапаротомии, широком вскрытии, дренировании забрюшинного пространства с абдоминализацией ПЖ, некрсеквестрэктомией, холецистостомией, люмботомией. Мобилизацией 12-перстной кишки и вскрытием параколон справа оперативное вмешательство дополнилось у 12 больных (14,8%). Вскрытие параколон слева применялось у 21 пациента (25,3%); параколон с двух сторон было выполнено у 29 пациентов (34,9%); флегмоны брыжейки тонкой кишки у 4 больных (4,8%); мезоколон у 7 (8,4%); у 2 больных забрюшинная клетчатка была дренирована дополнительными разрезами в подвздошных областях. Среднее число релапаротомий достигало 4-5. Наличие ГНПП сопровождалось развитием ряда осложнений: пневмонии, плевриты, респираторный дистресс-синдром - у 26 больных, аррозивные кровотечения у 5, токсикоинфекционный шок у 4, гастродуоденальное кровотечение у 1, ранняя острая спаечная кишечная непроходимость у 2, ТЭЛА - у 2, острый инфаркт

миокарда у 3. Данные больные требовали дополнительных лечебных мероприятий (усиленной гистопротекторной и иммунокорректирующей терапии, применения эфферентных методов детоксикации, гипербарической оксигенации). Средний койко-день у больных с ГНПП достигал $66,3 \pm 12,4$, в то время как средний койко-день у больных с ПН был в пределах $37,4 \pm 9,7$. Послеоперационная летальность за прошедшие 6 лет у больных с ПН составила 23%, а у больных с распространенным ГНПП (степень распространения Д, Е) достигала 59,3%.

Выводы. Поражение забрюшинной клетчатки при ПН является основным осложнением и определяет диагностическую и лечебную тактику. Развитие ГНПП изменяет объем хирургических вмешательств и делает их более травматичными, ведет к значительному повышению эндогенной интоксикации и другим осложнениям, что увеличивает летальность на 36,4%.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Надыров Э.А., Майоров В.М., Адамович Д.М. УО "Гомельский государственный медицинский университет", г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Принципиально важную роль в патогенезе гиперметаболизма при критических состояниях играют постагрессивные нарушения функций желудочно-кишечного тракта, определяемые как "синдром кишечной недостаточности". С учетом роли кишечника в сохранении и восстановлении эндокринной, иммунной, метаболической и барьерной функций особое значение приобретает адекватное обеспечение организма нутриентами [1, 2, 3]. Однако структурные изменения в стенке кишечника, возникающие при ОДП, до настоящего времени представляются малоизученными.

Цель. Дать оценку степени патоморфологических изменений в стенке подвздошной кишки при развитии гнойных осложнений ОДП.

Материал и методы. Первую группу составил аутопсийный материал 10 больных, умерших от гнойных осложнений ОДП без применения энтерального питания, вторую группу - материал 5 больных, умерших от гнойных осложнений ОДП на фоне проведения энтерального питания в раннем послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение. В материале I группы в слизистой оболочке наблюдались процессы диффузной воспалительной инфильтрации, десквамации эпителия, очаги некрозов ворсин и крипт, кровоизлияния. Мышечная пластинка слизистой оболочки не определялась или определялась слабо. В подслизистой оболочке выявлялись очаги выраженного отека и полнокровие кровеносных сосудов. Строение мышечной оболочки не отличалось от такового в группе контроля, однако структурные элементы межмышечных нервных сплетений находились в состоянии гидропической дистрофии.

Во 2 группе больных стенка подвздошной кишки сохраняла органотипические признаки строения. В слизистой оболочке хорошо дифференцировались ворсинки и крипты, каемчатые энтероциты находились в состоянии слабовыраженной гидropической дистрофии. В собственной пластинке слизистой оболочки отмечались явления отека и умеренно выраженной воспалительной инфильтрации. В подслизистой основе отмечались явления нарушения кровообращения в виде отека и полнокровия кровеносных сосудов. Строение мышечной и серозной оболочек мало отличалось от таковых в группе контроля.

Выводы.

1. В подвздошной кишке больных, умерших от осложнений ОДП морфологически определялись воспалительные, дистрофические, некробиотические и дисциркуляторные изменения стенки, выраженные в различной степени в слизистой оболочке, подслизистой основе и мышечной оболочке. Данные структурные изменения могут рассматриваться как морфологический субстрат энтеральной недостаточности, приводящей к синдрому мальабсорбции и метаболической недостаточности при панкреонекрозе.

2. Сохранение основных признаков органотипического строения кишки на фоне применения энтерального питания, по-видимому, характеризует нормализацию структурных характеристик стенки подвздошной кишки.

3. Представляется перспективным углубленное патоморфологическое исследование слизистой оболочки тонкой кишки с применением морфометрических методов исследования (определение толщины слизистой оболочки, глубины крипт и высоты ворсинок). Результаты его могут быть использованы не только для оценки степени тяжести энтеропатии, сопутствующей панкреонекрозу, но и для определения эффективности применения энтеральной терапии.

Литература:

1. Abou-Assi, S. *Nutrition in acute pancreatitis* / S. Abou-Assi, S. J. O'Keefe // *Gastroenterol.* - 2001. - Vol. 32, N 3. - P. 203-209.
2. Попова, Т. С. *Нутритивная поддержка больных в критических состояниях* / Т. С. Попова, А. Е. Шестопалов, Т. Ш. Тамазашвили. - М.: Медицина, 2002. - 220 с.
3. Beger, H. G. *Prevention of severe change in acute pancreatitis: prediction and prevention* / H. G. Beger, R. Rau, R. Isenmann // *Hepatobiliary Pancreat. Surg.* - 2001 - Vol. 8, N 2. - P. 140-147.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Неверов П.С., Кондратенко Г.Г.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Результаты лечения тяжелых форм острого панкреатита остаются неудовлетворительными. Исходя из современных представлений о патогенезе, значительную роль в развитии процесса играют синдром

системного воспалительного ответа и ишемическое повреждение тканей поджелудочной железы [1, 2]. Согласно работам академика Чазова Е.И. (1987г.) [3], адсорбция микромолекул лекарственных средств на макромолекулах полимера может пролонгировать действие препаратов с коротким периодом полувыведения и повышать их биодоступность. Между тем созданы новые высокомолекулярные плазмозамещающие средства, способные улучшать микроциркуляцию и усиливать тканевую кровоток.

Цель работы. Улучшение результатов комплексного патогенетически обоснованного лечения больных среднетяжелыми и тяжелыми формами острого панкреатита путем применения высокоэффективных лекарственных препаратов антицитокинового и антигипоксанта действия в сочетании с новыми высокомолекулярными плазмозаменителями.

Материал и методы. Для лечения 24 больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами острого панкреатита был применен 6% раствор гидроксипроксиэтилкрахмала в сочетании с мексидолом и пентоксифиллином. Клинические исследования носили проспективный характер. Рандомизацию проводили сплошным методом по мере поступления больных. Группу контроля (n=20) составили пациенты с острым панкреатитом, получавшие лечение, согласно принятым стандартам. Группы были относительно однородны по срокам и тяжести заболевания, возрасту и полу. Тяжесть панкреатита оценивали критериями Рэнсона. По 3 критерия Рэнсона было у 17 пациентов, 4-5 критериев - у 7, 6 - у одного. Больные поступали через 12-48 часов от начала заболевания. На 3 и 7 сутки исследовали маркеры воспалительного ответа (-ФНО, ИЛ1, 6), перекисидации липидов, гемоконцентрации. В гемолизатах крови определяли уровень супероксиддисмутазы, малонового диальдегида.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе в ходе лечения динамика снижения уровня провоспалительных цитокинов была менее выраженной. В основной группе уже на 3 сутки достигнута нормализация концентрации ИЛ1 и ИЛ6 (p>0,05), уровень -ФНО снижался медленнее, но нормализовался на 7 сутки.

К третьим суткам от начала лечения отмечена тенденция к уменьшению гемоконцентрационных расстройств, в основной группе уже на 3 сутки наблюдалось полное отсутствие явлений гемоконцентрации (гематокрит $0,34 \pm 0,08$, p<0,05). В основной группе уже к 3 суткам отмечалось повышение уровня антиоксидантной защиты. Активность в плазме крови супероксиддисмутазы достоверно превышало исходный уровень ($1132 \pm 226,4$ до $1503 \pm 353,2$ Ед/мл, p=0,033) и оставалось высоким до 7 суток. Концентрация малонового диальдегида в основной группе к 7 суткам не отличалось от нормы ($10,82 \pm 2,97$ мкмоль/мл, p=0,74), в контрольной группе наблюдалась тенденция к его накоплению, что свидетельствует о сохранении оксидативного стресса. Оперативное вмешательство потребовалось выполнить у 6 больных (лапароскопия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки). Оперативная активность составила 31%, в группе контроля 42%. По предварительным результатам, применение разработанной схемы лечения может позволить сократить длительность пребывания

больного в стационаре на $1,3 \pm 0,6$ койко-дней.

Вывод. Применение антицитокиновых и антиоксидантных средств в сочетании с гидроксипроцерамидом является патогенетически обоснованным и способно улучшить результаты комплексного лечения острого панкреатита за счет потенцирования антицитокинового и антиоксидантного эффекта и устранения гемоконцентрационных расстройств.

Литература:

1. Федорук, А. М. *Острый некротизирующий панкреатит: сравнительная характеристика использования панкреатопротекторов и традиционной терапии* / А. М. Федорук // *Медицина*. - 2006. - № 2. - С. 31-33.

2. *Inflammatory markers of disease severity in acute pancreatitis* / G. I. Papachristou [et al.] // *Clin. Lab. Med.* - 2005. - N 25 (1). - P. 17-37.

3. Чазов, Е. И. *Направленный транспорт лекарств: проблемы и перспективы* / Е. И. Чазов, В. Н. Смирнов, В. П. Торчилин // *Журн. Всесоюз. хим. об-ва им. Менделеева*. - 1987. - № 5. - С. 485-487.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Подолинский С.Г., Фомин А.В.,
Капусин С.В., Подолинский Ю.С.

УЗ "Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи",

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет", г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Сложности в прогнозировании течения острого деструктивного панкреатита и развитие тяжелых гнойно-септических осложнений заболевания диктуют необходимость поиска новых, современных, малотравматичных и эффективных методов лечения. В последние годы в клиническую практику широко внедряются малоинвазивные вмешательства - пункция и дренирование жидкостных скоплений, панкреатических и парапанкреатических кист и гнойных затеков под контролем ультразвукового исследования. Однако четкие, конкретные показания к выполнению этих вмешательств окончательно не установлены, не решены вопросы временных рамок их выполнения, подробно не изучена их клиническая эффективность.

Цель. Оценка эффективности малоинвазивных вмешательств под ультразвукографическим контролем при наличии жидкостных скоплений обусловленных острым деструктивным панкреатитом.

Материал и методы. В период с 2006 по 2010 годы выполнено 113 пункций и дренирований жидкостных скоплений у 91 пациента, которые находились на лечении в хирургическом и реанимационном отделении больницы скорой медицинской помощи г. Витебска по поводу тяжелого острого деструктивного панкреатита. Возраст больных от 25 до 78 лет.

Показанием к вмешательству являлось наличие жидкостного скопления, выявленного при УЗ и (или) КТ-

исследовании, которое сопровождалось болевым синдромом при отсутствии клинической картины перитонита; а также подозрение на инфицирование.

Вмешательство выполнялось при аппаратной поддержке ультразвуковым сканером Fucuda 750 xt. Под местной анестезией выполняли тонкоигольную пункцию жидкостного скопления, после чего, при наличии анатомической возможности, производили пункцию троакаром с введением дренажа диаметром от 9 до 14 f. Полученное содержимое аспирировали, оценивали визуально и направляли на цитологическое, биохимическое и бактериологическое исследования. Дренаж фиксировали. Контрольное ультрасонографическое исследование выполняли через 12 часов, далее на вторые и третьи сутки и через сутки после извлечения дренажа.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов дренирование выполнялось в первые 2 недели течения заболевания. Однократное дренирование жидкостного скопления оказалось эффективным в 73 случаях, в 18 случаях потребовалось повторное дренирование. Дважды оно выполнялось у 14 пациентов, трижды у 4. Наиболее часто дренированию подвергались скопления в сальниковой сумке в зоне тела и хвоста поджелудочной железы (54 случая). Дренирование скоплений в области головки поджелудочной железы выполнено у 7 пациентов, в области параколон и паранефрия слева у 18, параспленально - 5, в параколон справа - 7. Объем полученной жидкости составлял от 150 до 600 мл темно-геморрагического характера. При биохимическом исследовании отмечался высокий уровень амилазы. У 8 больных получена жидкость с признаками нагноения.

В течение первых суток после дренирования отмечалось выделение по дренажу в количественном и качественном отношении соответствующее полученному при первой пункции и аспирации. Далее, в течение 2 - 3 - 4 суток количество отделяемого уменьшалось. Дренаж извлекали на 3 - 4 сутки после вмешательства и при отсутствии отделяемого в течение не менее одних суток.

После вмешательства практически все пациенты отмечали улучшение общего состояния, имела место положительная динамика течения заболевания и лабораторных данных. Традиционное оперативное вмешательство выполнено у 38 больных (41,7%). Показанием к операции явилось развитие гнойно-септических осложнений. Все 38 пациентов были оперированы, как правило, через 2 - 3 недели с момента начала заболевания. Всего умерло 15 пациентов. Общая летальность - 16,4%. В послеоперационном периоде умерло 14 больных. Послеоперационная летальность составила 36,8%.

Выводы.

Малоинвазивные вмешательства (пункция и аспирация, пункция и дренирование жидкостных скоплений) под ультрасонографическим контролем в комплексе с консервативной терапией имеют значимую роль в лечении острого панкреатита и могут повлиять на улучшение результатов лечения.

Малоинвазивные вмешательства позволяют избежать порой неоправданных традиционных оперативных вмешательств в ранние сроки течения заболевания, достоверно выявить развитие гнойно-септического процесса и своевременно установить показания к операции.

ОБЪЕМНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Прохоров А.В., Рацинский С.М., Демидчик Ю.Е.,
Гладышев А.О.
ГУО "Белорусский государственный медицинский университет",
ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
УО "Минский городской клинический онкологий диспансер"
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Дифференциальная диагностика рака головки поджелудочной железы и солиднокистозных поражений на фоне хронического панкреатита является важным этапом при обследовании пациента, определяющим, в конечном итоге, выбор метода хирургического лечения. Несмотря на использование современных методов диагностики, включающих, в том числе, и пункционную биопсию под контролем УЗИ, верифицировать диагноз в ряде случаев не представляется возможным. Это ведет к диагностической ошибке и использованию не радикальных методов хирургического лечения и быстрому прогрессированию опухолевого роста.

Цель. Обосновать выбор метода хирургического лечения при объемных поражениях головки поджелудочной железы на основании комплексного до- и интраоперационного обследования пациента.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и хирургического лечения 98 пациентов с объемными образованиями головки поджелудочной железы, лечившихся в период с 2000 по 2009 г. в онкохирургических отделениях МГКОД и хирургических отделениях 9-й ГКБ и БСМП г. Минска. Уточняющий протокол предоперационной диагностики включал УЗИ органов брюшной полости, ФГДС с осмотром и биопсией зоны БДС, РХПГ, КТ или МРТ органов брюшной полости с болюсным усилением. Прицельная дооперационная биопсия под контролем УЗИ выполнена у 74 (76%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов поступало в стационар с различной степенью выраженности болевого и диспепсического синдромов, признаками билиарной и вирсунгиальной гипертензии, механической желтухой, признаками дуоденальной непроходимости. В анамнезе 49 больных перенесли острый некротизирующий панкреатит. Комплексное предоперационное обследование позволило верифицировать у всех пациентов увеличение головки поджелудочной железы более 35 см (max. 65 см). У 21 пациента в головке визуализировались кистозные образования. Расширение главного панкреатического протока 5-6 мм диагностировано у 54 пациентов (55%). У всех пациентов имела место дилатация гепатикохоледоха более 1 см. КТ с болюсным усилением у 12 пациентов (12,2%) позволила визуализировать вовлечение в патологический процесс воротной и верхней брыжеечной артерии и у 15% пациентов

увеличение регионарных и отдаленных лимфатических узлов. Пункционная биопсия под контролем УЗИ позволила до операции верифицировать рак головки у 52 (70%) пациентов. Основными диагностическими признаками рака головки поджелудочной железы до операции были:

1. Отсутствие острого панкреатита в анамнезе и развитие обтурационной желтухи на фоне относительного благополучия;
2. Отсутствие явных УЗИ и КТ признаков хронического панкреатита тела и хвоста железы;
3. Визуализация поражения регионарных и отдаленных лимфатических узлов;
4. Вовлечение в патологический процесс воротной и верхней мезентериальной вены при КТ и МРТ исследовании;
6. Расширение или отсутствие дилатации вирсунгова протока;
7. Характерный горизонтальный блок панкреатической части холедоха при ЧЧХГ;
8. Признаки поражения головки со стороны БДС и слизистой медиальной стенки 12-перстной кишки при ФГДС;
9. Эпителиальная клеточная атипия при цитологическом исследовании после ФГДС и пункционной биопсии (абсолютный признак).

Интраоперационная биопсия лимфоузлов, трепан-биопсия ткани головки железы позволили верифицировать диагноз рака еще у 5 пациентов. Таким образом, из 98 больных с объемным поражением головки верификация рака была достигнута у 57 (58%) пациентов. Несмотря на отрицательный результат биопсии, 6 пациентам с клиническими признаками опухоли была выполнена радикальная ГПДР. Морфологическое исследование препаратов подтвердило диагноз протоковой аденокарциномы.

Таким образом, верификация диагноза рака получена у 64,2% пациентов, что определило выбор радикального или паллиативного лечения, в зависимости от операбельности опухоли. 41 пациенту выполнена ГПДР с лимфодиссекцией или ПДР с сохранением пилоруса, остальным - паллиативные операции (ХДА, гепатикоеюностомия, холецистогастростомия, гастроэнтеростомия). 31 больному с хроническим панкреатитом и дилатацией вирсунгова протока и гепатикохоледоха выполнены дренирующие операции (операция Фрея, цистодуоденостомия, ХДА). В 2 (6,5%) случаях после операции Фрея при гистологическом исследовании была верифицирована протоковая аденокарцинома.

Выводы.

1. Дооперационная пункционная биопсия под контролем УЗИ и интраоперационная трепан-биопсия показана всем пациентам с объемными образованиями головки поджелудочной железы.
2. Выполнение дренирующих операций при хроническом головчатом панкреатите требует обязательного интраоперационного цитологического (морфологического) исследования.

При клиническом подозрении на рак головки поджелудочной железы и при отсутствии верификации диагноза, показана радикальная операция в объеме ГПДР (ПДР) с лимфодиссекцией.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Ращинский С.М., Третьяк С.И.,
Ращинская Н.Т., Авдевич Д.А.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. По данным литературы, в Европе уровень заболеваемости хроническим панкреатитом (ХП) колеблется в широких пределах от 8,0 (Швейцария) до 26,4 (Франция) на 100000 населения, из которых до 70 - 80% случаев связано с чрезмерным употреблением алкоголя [1]. Наибольший в мире уровень заболеваемости ХП (32,9 на 100000 населения) к концу 90-х годов прошлого столетия был зарегистрирован в Японии [2].

Цель. В настоящем исследовании проведен анализ распространенности и этиологических причин, способствующих развитию ХП в г. Минске.

Материалы и методы. Для анализа использованы годовые отчеты результатов работы гепатологического отделения УЗ "ГК БСМП" за период с 2002 г. по 2008 г., находившегося до 2007 г. на базе УЗ "9-ая ГКБ". Эпидемиологические аспекты проблемы ХП в г. Минске за период с 1998 г. по 2007 г. были проанализированы по данным статистического сборника "Основные показатели состояния здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических организаций г. Минска", издаваемого ежегодно Комитетом по здравоохранению Минского горисполкома. Данные были обработаны статистическим пакетом Statistica 6.0 для Windows с применением регрессионного анализа.

Результаты и обсуждение. В период 2002 - 2008 гг. на базе отделения хирургической гепатологии находилось на лечении 2294 пациента с различными формами ХП. Из них у 669 (29,2%) больных были выполнены различные виды хирургических вмешательств. Согласно полученным данным, отмечается ежегодное увеличение доли ХП, вызванного алиментарно-токсическими факторами (алкоголь, табак, животные белки и углеводы) и уменьшение доли так называемого билиарного панкреатита. Так, если в 2002 г. доля хронического панкреатита, вызванного алиментарно-токсическими факторами, была 84,7%, то к 2008 г. она увеличилась до 94,8% (коэффициент корреляции $R1=+0,622$). Исходя из принятых диагностических критериев, случаев идиопатического ХП отмечено не было. По данным ежегодного отчета работы гепатологического отделения, общая летальность пациентов, госпитализированных по поводу ХП, колебалась в пределах $Me = 2,27\% \pm 0,71$, а послеоперационная летальность - $Me = 8,41\% \pm 2,3$ и не имела особой тенденции к снижению.

Для оценки динамики заболеваемости за период с 1998 г. по 2007 г. проведен регрессионный анализ по данным статистического сборника "Основные показатели состояния здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических организаций г. Минска". За проанализиро-

ванный период общая заболеваемость болезнями поджелудочной железы (ОЗБ ПЖ) увеличилась с 234,6 на 100000 населения в 1998 г. до 347,2 в 2007 г. В результате анализа динамики ОЗБ ПЖ отмечена тенденция к ежегодному ее увеличению (коэффициент корреляции $R2=+0,945$). Тенденция к ежегодному увеличению отмечается и при анализе первичной заболеваемости болезнями ПЖ (коэффициент корреляции $R3=+0,901$). Если в 1998 г. было зарегистрировано только 23,3 новых случая на 100000 жителей, то в 2007 г. этот показатель составил 47,5. В отношении общей заболеваемости болезнями (ОЗБ) желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих протоков (ЖВП) отмечена тенденция к их уменьшению ([1808,8/1276 на 100000 населения] коэффициент корреляции $R4=-0,96$). В отношении первичной заболеваемости болезнями ЖП и ЖВП также отмечена тенденция к их увеличению ([154,2/174,5 на 100000 жителей] коэффициент корреляции $R5=+0,674$).

Выводы. Подавляющее количество пациентов (до 94,8%), страдающих ХП, имеют алиментарно-токсический этиологический фактор заболевания. Количество пациентов с билиарным ХП уменьшается в связи с улучшением результатов хирургического лечения острого и хронического калькулезного холецистита. Для улучшения качества оказания медицинской помощи и снижения показателей летальности необходимы новые научные исследования с целью определения рационального алгоритма диагностики и лечения пациентов, страдающих ХП.

Литература:

1. Spanier, B. W. M. *Epidemiology, aetiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: An update* / B. W. M. Spanier, M. G. W. Dijkgraaf, M. J. Bruno // *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. - 2008. - Vol. 22, N 1. - P. 45-63.
2. Otsuki, M. J. *Chronic pancreatitis in Japan: epidemiology, prognosis, diagnostic criteria, and future problems* / M. J. Otsuki // *J. Gastroenterol.* - 2003. - Vol. 38. - P. 315-326.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРЫХ ПЕРИПАНКРЕАТИЧЕСКИХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ращинский С.М., Третьяк С.И., Баранов Е.В., Козлов В.Г., Ращинская Н.Т., Глинник А.А., Громак А.Ф., Невмержицкий М.П.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи"
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Формирование острых интрапанкреатических и/или перипанкреатических кист после эпизода перенесенного панкреатита, по данным литературы, отмечается у 15 - 50% пациентов, что и определяет необходимость совершенствования подходов их хирургического лечения, которые в большинстве случаев ограничиваются выжидательной тактикой [1].

Цель. Сравнить результаты различных вариантов наружного дренирования (под контролем УЗИ или

посредством лапаротомии) и внутренних дренирующих операций в виде цистодигестивных анастомозов.

Материал и методы. В период с 2002 по 2009 гг. на базе отделения хирургической гепатологии на стационарном лечении находилось 3752 пациентов с различными формами острого (ОП - 974) или хронического панкреатита (ХП - 2778). Различные виды панкреатических скоплений жидкости или острых кист поджелудочной железы верифицированы у 595 пациентов (15,9%). Различные виды хирургических вмешательств как малоинвазивные под контролем УЗИ, так и из лапаротомного доступа с наружным или внутренним дренированием (цистогастростомия-ЦГА, цистоеюностомия-ЦЕА) были осуществлены у 386 больных (64,9%). Исходя из сроков заболевания и характера морфологических находок, в группу с острыми перипанкреатическими кистами ПЖ (ОПК ПЖ) были отнесены 196 пациентов. Оценка результатов хирургических вмешательств в обеих группах проведена с использованием руссифицированной версии опросника оценки качества жизни SF-36 v.2tm по суммарным показателям физического компонента здоровья (PH-Physical Health) и психологического компонента здоровья (MH-Mental Health).

Результаты и обсуждение. Интервенционная ультрасонография выполнена у 108 пациентов, что позволило выявить несколько типов ОПК ПЖ: прогрессирующий (25%), пульсирующий (10%), неизменяющийся (24%) и регрессирующий (41%). Скопление жидкости, как правило, выявлялось в сальниковой сумке, в паранефральном пространстве (чаще слева), по ходу брыжейки поперечной или нисходящей ободочной кишки, а также в разных отделах брюшной полости. Тактика зависела от типа ОПК ПЖ (аспирационная санация или дренирование). В случаях прогрессирующего или пульсирующего ОПК ПЖ предпочтение отдавали наружному дренированию. У 37 больных выполнялось дренирование нескольких зон ОПК ПЖ (от 2 до 4), включая брюшную полость. Объем удаляемого содержимого колебался от 30 до 2500 мл. Характер содержимого зависел от сроков возникновения очагов деструкции в ПЖ и прилегающих клетчаточных пространствах. Во всех случаях выполнение ранних своевременных малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ при ОПК ПЖ и/или в сочетании с видеоэндоскопической санацией брюшной полости при ферментативном перитоните способствовало снижению синдрома системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции.

При верификации секвестров в просвете ОПК ПЖ, размеры которых превышали 20 - 30 мм (88 больных) была выполнена лапаротомия с некрсеквестрэктомией. В связи с тем, что кистозная полость у 51 пациента была ограничена прилежащими стенками желудка или кишечника оперативное пособие закончено наружным дренированием. В случае наличия элементов формирования фиброзной оболочки выполнены различные варианты внутреннего дренирования: ЦГА в 8 случаях, ЦЕА у 29 больных. Вариант анастомоза определялся зоной локализации ОПК ПЖ. Если ОПК ПЖ прилежало к задней стенке желудка, то предпочтение было отдано наложению ЦГА, а при локализации кисты в зоне тела или хвоста ПЖ - ЦЕА. Несостоятельности наложенных цистодигестивных анастомозов у пациентов этой группы

не отмечено. Восстановление трудоспособности и улучшение показателей качества жизни (критерий U-Манна-Уитни - PH ($p < 0,05$), MH ($p < 0,01$)) быстрее наступало в группе пациентов, которым выполнены внутренние дренирующие операции.

Выводы. При наличии ОПК ПЖ целесообразно применение малоинвазивных хирургических вмешательств (аспирационная санация или наружное дренирование под контролем УЗ аппарата). Если в случае верификации диагноза имеются признаки формирования фиброзной оболочки ОПК ПЖ, то с целью улучшения результатов хирургического лечения целесообразно применение различных вариантов внутренних дренирующих операций.

Литература:

1. *Pancreatic pseudocysts: observation, endoscopic drainage, or resection?* / M. M. Lerch [et al.] // *Dtsch. Arztebl. Int.* - 2009. - Vol. 106, N 38. - P. 614-621.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗИРУЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПУТЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТУННЕЛИЗАЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ревель-Мурос Ж.А

Челябинский государственный институт лазерной хирургии,

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования

г. Челябинск, Россия

Актуальность. За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом более чем в 2 раза. При псевдотуморозной и кистозной формах хронического панкреатита выполняют панкреатодуоденальную резекцию, цистогastro-, цистодуодено- и цистоэнтеростомию [1]. При фиброзирующих панкреатитах выполняют спланхэктомия, криодеструкцию нервов чревного сплетения, блокаду чревного сплетения, постганглионарную и маргинальную невротомия и др. [2, 3]. В последние десятилетия в кардиохирургии выполняют лазерную трансмиокардиальную реваскуляризацию большого ишемической болезнью сердца, с целью реваскуляризации ишемизированного миокарда. Мы выдвинули предположение об аналогичной возможности достижения реваскуляризации фиброзно-измененной ткани поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Считаем, что изучение данной проблемы и полученные сведения представляют научный и практический интерес для хирургов, гастроэнтерологов и панкреатологов.

Цель. Улучшить результаты лечения больных хроническим фиброзирующим панкреатитом.

Материал и методы. Оперировано 18 больных паренхиматозным и фиброзно-склеротическим хроническим панкреатитом (патент на изобретение № 2279259). Из них 8 мужчин и 10 женщин. Возраст больных составил от 27 до 71 года. У мужчин преобладал алкогольный панк-

реактив у 5 (62,5%) больных, билиарный у 1 (12,5%), идиопатический у 2 (25%). У женщин - алкогольный у 1 (10%) больной, билиарный у 3 (30%), идиопатический у 6 (60%). У всех пациентов отмечался стойкий болевой и диспептический синдромы, с незначительным эффектом от консервативной терапии. Анамнез болезни от 6 месяцев до 15 лет, частота тяжелых приступов, потребовавших госпитализации от 2 до 6 в год. Всем больным в предоперационном периоде кроме общеклинического исследования было выполнено УЗИ органов брюшной полости: печени, желчного пузыря, желчных протоков, поджелудочной железы, ФГДС, для исключения язвенной болезни и патологии большого дуоденального соска, обзорная рентгенография и КТ брюшной полости для исключения калькулеза поджелудочной железы и визуализации процесса. При УЗИ оценивались размеры, контур, однородность ткани железы, размер вирсунгова протока, наличие или отсутствие внутрипротоковой гипертензии. Одному больному лазерная туннелизация выполнена видеолапароскопически. Троице больным произведен минилапаротомный трансректальный доступ в левом подреберье, одному больному - лапаротомия с холецистэктомией по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита (ранее больной оперирован по поводу панкреонекроза), остальные оперированы из срединной минилапаротомии. После манипуляции в сальниковую сумку через контрапертуру в левом подреберье устанавливали дренаж на 2-е суток. Наличие хронического панкреатита у больных подтверждено гистологически интраоперационной биопсией поджелудочной железы. В качестве источника лазерного излучения использовали диодный лазер модели ЛС-0,97 - "ИРЭ-Полус", длиной волны 970 нм (Россия).

Результаты и обсуждение. Больные в послеоперационном периоде в течении 2-х суток получали инфузионную терапию, спазмолитики, ненаркотические анальгетики. При контрольном исследовании на первые сутки после операции, повышения амилазы крови и -амилазы мочи не наблюдалось, поэтому препараты, подавляющие секрецию поджелудочной железы, не назначали. При исследовании эндокринного статуса поджелудочной железы отклонений от нормы не наблюдалось. Общеклинические анализы также были в пределах нормы как до, так и после операции. При контрольном УЗИ патологических изменений в области операции не наблюдалось. Швы снимали на 7-е сутки при выписке. Каких-либо осложнений в ближайшем и отдаленном периоде после лазерной туннелизации не наблюдалось. Для оценки качества жизни, связанного с основным заболеванием использовали специализированный опросник GSRS, для исследования качества жизни использовали опросник SF-36. Анкетирование проводилось дважды: первый раз при поступлении в стационар перед операцией, второй раз через 6 месяцев после проведенной операции на плановом осмотре. Сравнение изучаемых показателей до операции и через 6 месяцев после операции показывает достоверное снижение желудочно-кишечных симптомов по всем шкалам ($p < 0,05$), что свидетельствовало об улучшении функции поджелудочной железы и улучшении качества жизни больных перенесших операцию.

Выводы. Результаты клинического исследования свидетельствуют о возможности безопасного и эффек-

тивного применения лазерной туннелизации поджелудочной железы у пациентов хроническим панкреатитом. Одним из важных моментов оперативного лечения является купирование болевого синдрома у этих больных и улучшение качества жизни. Применение лазера в хирургии хронического панкреатита является перспективным направлением и требует дальнейшего изучения.

Литература:

1. Данилов, М. В. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите / М. В. Данилов // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2000. - № 2. - С.75-80.
2. Хронический панкреатит: руководство для врачей / С. Ф. Багненко [и др.]. - СПб.: Питер, 2000. - 416 с.
3. Губергриц, Н. Б. Лечение панкреатитов. Ферментные препараты в гастроэнтерологии / Н. Б. Губергриц. - М.: Медпрактика-М., 2003. - 100 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ЗА 2007-2008 гг.

Савостенко И.Я., Ковалкин Е.П.,
Ковалев С.А., Цховребов Е.Е.
УЗ "Могилевская областная больница",
г. Могилев, Республика Беларусь

Актуальность. Острый панкреатит на протяжении многих десятилетий рассматривается как наиболее сложная патология в абдоминальной хирургии. В последние годы многие авторы [1] отмечают увеличившуюся частоту развития острого панкреатита среди населения и, в частности, тяжелых форм его, а также высокую летальность. Это связано с особенностями режима питания, возрастающим злоупотреблением алкоголем и его суррогатами, распространенностью желчнокаменной болезни. К тому же, неудовлетворительные результаты лечения больных с острым панкреонекрозом связаны с возникновением тяжелых послеоперационных осложнений как со стороны операционной раны - нагноение, эвентрации, так и со стороны брюшной полости - свищи, ферментативный перитонит, внутрибрюшные абсцессы, флегмоны, несостоятельность швов анастомозов, аррозивные кровотечения и др. Количество гнойных осложнений по-прежнему составляет, по литературным данным [2], от 2 до 15-30%, несмотря на появления современных высокоэффективных антибактериальных препаратов.

Цель. Выявить закономерности заболеваемости острым деструктивным панкреатитом населения Могилевской области, изучить осложнения острого панкреонекроза, оценить результаты лечения данной категории больных.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения 69 больных (50 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 20 до 83 лет (средний - 48 лет) с острым деструктивным панкреатитом. Длительность лечения варьировала от 13 до 208 суток и в среднем составила $41 \pm 0,7$ суток, медиана - 27 койко-дней, среднее количество койко-дней, проведенных в отделе-

нии реанимации - 12,8. Диагноз и осложнения у всех больных были верифицированы на основании результатов клиничко-лабораторных исследований, УЗИ, фиброгастродуоденоскопии, рентгенографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, лапароскопии и интраоперационных данных.

Результаты и обсуждение. Частота деструктивных форм панкреатита среди всех больных с острым панкреатитом составила 35,7%. 27 больных (39,1%) подтверждали факт хронического употребления алкоголя. Желчнокаменная болезнь диагностирована у 9 пациентов (13%). Алиментарный фактор явился причиной в 8 случаях (11,3%). Вклиненный камень вирсунгова протока на фоне стеноза БДС III ст. имел место у 1 (2,8%) пациента. Также в отдельных случаях (3 или 4,3%) причиной деструкции поджелудочной железы были её травма либо оперативное вмешательство. В оставшихся 30 (43,5%) случаях причина острого некротического панкреатита так и не была верифицирована.

Лечение проводилось согласно протоколам и стандартам лечения РБ. По показаниям части больных проводились экстракорпоральные методы детоксикации (гемодиализ, ультрагеомофилтрация, плазмаферез). Оперировано 50 (72,5%) больных, оперативных вмешательств - 67, из них: пункций под УЗИ - контролем - 6, лапароскопических - 14, лапаротомным доступом - 11, из них релапаротомий - 9. Наиболее частыми осложнениями были: реактивный панкреатогенный плеврит - 21 (30,4%); полиорганная недостаточность (токсический нефрит, гепатит, пневмония, респираторный дистресс синдром, острая почечная недостаточность, миокардиодистрофия, острый гастроэнтероколит) - 17 (24,6%); парапанкреатический инфильтрат - 14 (20,3%); забрюшинная парапанкреатическая флегмона - 13 (18,8%); гнойный оментобурсит - 12 (17,4%); панкреатогенный сахарный диабет - 11 (16%); псевдокисты поджелудочной железы - 8 (11,6%); аррозивное внутрибрюшное кровотечение - 5(7,2%) и другие. Умерло 15 больных (21,7%). Послеоперационная летальность составила 28%. Смертность снижалась в основном за счет улучшения результатов лечения больных с отечной формой ОП и мелкоочаговым панкреонекрозом, что было обусловлено, главным образом, снижением частоты случаев полиорганной недостаточности.

Литература:

1. Хирургическая тактика и оперативные методы лечения деструктивного панкреатита / Ю. М. Панцырев [и др.] // Вестник РГМУ. - 2000. - №3 (13). - С. 62-67.

2. Early surgical debridement of symptomatic pancreatic necrosis is beneficial irrespective of infection / D. W. Rattner [et al.] // Am. J. Surg. - Vol. 163. - P. 105-109.

ПИЛОРОДУОДЕНОЕЮНОПЛАСТИКА КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Сычиков Н.В.

*УЗ "Могилевская больница № 1",
г. Могилев, Республика Беларусь*

Актуальность. Неудовлетворительные результаты лечения некоторых больных с хроническим панкреатитом (ХП) обусловлены тем, что иногда в основе его лежат патологические процессы не только и не столько в самой железе, во внепеченочных желчных протоках сколько в двенадцатиперстной кишке (ДПК). Хронические нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП), как соматогенные, так и функциональные, у ряда больных с ХП играют ключевую роль как в развитии, так в прогрессировании и резистентности к лечению ХП [1]. При этом ХНДП может быть непосредственной причиной ХП, может быть следствием ХП. ХНДП "ведет" к панкреатиту в связи с тем, что как дуоденальная гипертензия, так и дуоденальная гипотония, атония с расширением ДПК нередко ведет к несостоятельности большого дуоденального соска (БДС) с патологическими рефлюксными синдромами, образованием парапапиллярных дивертикулов, гипертензии в панкреатических протоках. С другой стороны, ХП довольно часто сам вторично "ведет" к реактивному нарушению моторики ДПК, к механическому нарушению пассажа по ней. Также при этом, как правило, развивается вторичный хронический гастростаз.

При этом панкреатит способствует ХНДП и гастростазу, а последние стимулируют панкреатит, т.е. ХП и ХНДП с гастростазом взаимно отягощают друг друга. Коррекция ХНДП и гастростаза способствует разрыву этого порочного круга, тем самым облегчая течение и лечение ХП [1].

Для коррекции ХНДП, гастростаза предлагалось и применяется много разных методов операций [1]. В некоторых ситуациях - это различные виды гастроэюностомий без или с СПВ, со СТВ и пилоропластикой. При этих операциях корригируется гастростаз, а при выраженном дуоденогастральном рефлюксе (ДГР) - и ХНДП, но в гораздо меньшей степени, чем при дуоденоэюностомиях. Очень широко применяются дуоденоэюностомии с СПВ или изолированные.

Они чаще адекватно корригируют ХНДП, но при наличии гастростаза недостаточно декомпрессируют желудок, а при наличии и спазма привратника гастростаз вообще не устраняется. В некоторых центрах предпочтение отдают дуоденоэюностомии со СТВ и пилоропластикой. Данная операция, разгружая ДПК, в условиях реактивной гастроплегии (из-за ХП) недостаточно декомпрессирует желудок. Для более надежного устранения как гастростаза, так и ХНДП некоторые применяли формирование 2-х анастомозов: дуоденоэюностомии и гастроэюностомии, отключение ДПК - проксимальную супрапапиллярную дуоденоэюностомию по Ру, двустороннее выключение ДПК. Но и эти методики, как отмечают авторы, дают много неудовлетворительных результатов, у ряда больных развивается порочный круг

из-за 2-х анастомозов (типа синдрома энтеро-энтеро-анастомоза).

Цель. Илучшение результатов лечения ХП.

Материал и методы. С 1996г. мы стали применять пилородуоденоюнопластику (ПДЕП) как альтернативу формирования гастро- и дуоденоюностомий. ПДЕП из-за того, что еюном обладает и отсасывающим действием, оказывает корригирующее влияние на повышенное давление или застой в ДПК (как и дуоденоюностомия). Но, наряду с коррекцией гипертензии, застоя в ДПК, она, в отличие от дуоденоюностомии, более надежно нивелирует ДГР (а значит - рефлюкс-гастрит), более эффективно устраняет гастростаз, в независимости от того протекала патология со спазмированиями привратника или без спазмирований. Показанием к операции ПДЕП являлся ХП, протекающий с синдромом ХНДП, с панкреатогенным стенозом ДПК (сдавление головкой, крючковидным отростком, кольцевидной железой) и были противопоказания к обширным резекциям ПЖ.

Для выполнения ПДЕП выключаем У-образно сегмент тощей кишки длиной 50-60 см на расстоянии около 20-30 см от связки Трейтца. Дистальный конец пересеченной кишки ушиванием наглухо, а с проксимальным формируем энтеро-энтероанастомоз конец в бок. Затем выполняем пилоромиодуоденотомию (как для пилоропластики по Гейнике-Микуличу) длиной 2-5 см в зависимости от диаметра ДПК. К ней подводим У-образно отключенную тощую кишку и формируем анастомоз бок в бок. При декомпенсированном дуоденостазе (эктазия желудка, зияние пилоруса, резко эктазированная атоничная ДПК) ПДЕП выполняли на петле кишки, отключенной по Брауну-Шалимову, как дающей более сильный декомпрессирующий эффект. При гиперацидном синдроме выполняли и СтВ.

Результаты и обсуждение. К настоящему времени методика применена при лечении 12 пациентов с ХП. У 7 пациентов - изолированная ПДЕП в связи с панкреатогенным стенозом ДПК с последующей консервативной терапией панкреатита. У 5 - как дополнение к основной операции: у 2 - панкреатоцистоеюностомии, у 2 - продольной панкреатоеюностомии, у 1 - вентральной резекции головки ПЖ по Frey.

Ранний послеоперационный период у больных протекал без осложнений.

Отдаленные результаты (5-7 лет) проведенных операций у 9 пациентов свидетельствуют о значительном улучшении качества жизни. В то время как до операции больные отмечали частые обострения панкреатита (стабилизировались до 3-5 раз в год), после нее обострения стали гораздо реже. При анкетировании этих 9 пациентов установлено следующее.

Болевой синдром стал гораздо слабее, появляется реже, при значительных нарушениях пищевого режима, психоэмоциональных срывах, легко снимается ферментными препаратами, спазмолитиками. Диспептические проявления также отмечаются только при нарушении пищевого режима, режима физических нагрузок. Ранее работавшие трудятся на прежней работе или ушли на пенсию. Выхода на инвалидность не отмечено. Семейными отношениями удовлетворены, получают удовлетворение от приема пищи.

У 3 больных выполненные операции не улучшили

течение ХП. Они, также, как и те, которым выполнялись при панкреатогенных стенозах ДПК гастроэнтеростомии, дуоденостомии со СТВ, пилоропластикой, как поступали часто с обострениями до операции, так и стабилизируются часто с обострениями и после операции. У 3 пациентов, у которых до ПДЕП был выражен ДГР (всегда при эндоскопиях отмечалось значительное количество желчи в желудке), после ПДЕП при эндоскопии у одного больного желчь отмечена только в области анастомоза, у 2 больных - только следы желчи на слизистой желудка (т.е. отмечено значительное нивелирование интрагастрального желчного рефлюкса).

Выводы.

1. При выполнении операции по поводу панкреатогенного стеноза ДПК, ХНДП, ПДЕП может явиться разумной альтернативой дуоденоюностомии и гастроэнтеростомии.

2. Вопрос о дополнении наиболее эффективных резецирующих методик, дренирующих методик лечения ХП ПДЕП-ой в каждом конкретном случае решается индивидуально.

Литература:

1. *Хронический панкреатит: руководство для врачей* / С. Ф. Багненко [и др.]. - СПб.: Питер, 2000. - 416 с

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сятковский А.Р., Щастный А.Т., Кугаев М.И., Лярский С.П., Сапко Г.Ф.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
Витебский областной научно-практический центр "Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы",
УЗ "Витебская областная клиническая больница",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Панкреатические псевдокисты - осложнения острого или хронического панкреатита и травм поджелудочной железы. Острый панкреатит осложняется кистой от 5% до 50% в случае деструктивной формы панкреатита [1]. При травме поджелудочной железы (ПЖ) кисты возникают у 20-30% пострадавших, а псевдокисты поджелудочной железы в виде осложнений хронического панкреатита встречаются в 20-40% случаев [2]. Первичный хронический алкогольный панкреатит предшествует развитию панкреатических псевдокист у 56-70% пациентов [3].

Цель. Анализ результатов лапароскопических операций в лечении кист поджелудочной железы.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 180 больных хроническим панкреатитом с наличием псевдокист: мужчин - 74,7% женщин - 24,3%, возраст больных от 26 до 75 лет. Причинами возникновения псевдокист послужили острый панкреатит, хронический панкреатит и травмы поджелудочной железы. У 76(42,2%) больных выполнены

миниинвазивные операции: лапароскопические у 14, пункции и дренирования под контролем УЗИ у 62.

Результаты и обсуждение. Традиционные вмешательства выполнены у 104(47,8%) пациентов. Лапароскопических операций по поводу псевдокист ПЖ выполнены у 14(7,8%) пациентов: лапароскопическая цистогастростомия - 4, лапароскопическая цистодуоденостомия - 1, лапароскопическая цистоеюностомия 8, лапароскопическая цистэктомия - 1. Лапароскопические операции выполнены у больных с хроническими сформированными кистами и связью их с главным панкреатическим протоком. Предварительно у этих больных выполнены пункции кист под контролем УЗИ с обязательным биохимическим и цитологическим контролем и выполнением цистограммы для выявления связи полости кисты с протоковой системой и локализации кисты по отношению к желудку и двенадцатиперстной кишке. Кроме того, у 2 пациентов выполнены конверсии: в одном случае по поводу кровотечения, а в другом из-за невозможности адекватно лапароскопически удалить воспалительную массу в головке поджелудочной железы.

Выводы. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений после лапароскопических операций не отмечено. Интраоперационная кровопотеря составила 80±40 мл. Срок пребывания в стационаре 8±2 дня при лапароскопических операциях, против 16±5 дней при традиционных вмешательствах. Летальных исходов не отмечено. Опыт выполнения лапароскопических вмешательств на ПЖ при хроническом панкреатите позволяет говорить о перспективности данного метода в следствии более лёгкой переносимости операции, уменьшения сроков пребывания в стационаре и более быстрой трудовой и социальной реабилитации.

Литература:

1. Данилов, М. В. Хирургия поджелудочной железы / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. - М.: Медицина, 1995. - 509 с.
2. Management of cysts and pseudocysts complicating chronic pancreatitis. A retrospective study of 143 patients / M. Barthelet [et al.] // Gastroenterol. Clin. Biol. - 1993. - Vol. 17. - P. 270-276.
3. O'Malley, V. P. Pancreatic pseudocysts: cause, therapy, and results / V. P. O'Malley, J. P. Cannon, R. G. Postier // Am. J. Surg. - 1985. - Vol. 150. - P. 680-682.

ОСОБЕННОСТИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Тарасенко А.В.
УО "Белорусский государственный медицинский университет"
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Острый панкреатит в 70-80% наблюдений характеризуется, относительно благоприят-

ным течением, однако в некоторых случаях развивается панкреонекроз или (и) некроз парапанкреатической клетчатки [3, 4]. Частота разнообразных инфекционных осложнений у больных панкреонекрозом колеблется в широких пределах от 40% до 70%. Так смертность при панкреонекрозе гораздо выше, чем при интерстициальном панкреатите, особенно в стадии гнойно-септических осложнений, летальность при которых варьирует от 25% до 85%.

Это нередко является основной причиной задержки хирургического вмешательства или наоборот расширения показаний к оперативному лечению [1, 2, 5].

Цель. Провести анализ наиболее часто встречающихся структурных изменений поджелудочной железы, используя ретроспективный патолого-анатомический анализ протоколов вскрытия умерших больных с деструктивными формами острого панкреатита для более совершенного метода прогнозирования исхода заболевания и своевременной коррекции консервативного и оперативного лечения.

Материал и методы. Проведен анализ 82 протоколов умерших от острого деструктивного панкреатита методом сплошной выборки, по данным городского патологоанатомического бюро с 2000 по 2005 годы. С использованием классификации Шалимова А.А. (1990) и дополнением Атлантовской классификацией (1991) дана характеристика деструктивного процесса в поджелудочной железе (геморрагический, жировой, смешанный, гнойный панкреонекроз). Определена наиболее часто встречающаяся локализация деструктивного процесса в поджелудочной железе, а также дана оценка состояния парапанкреатической клетчатки и частота развития гнойного оментита у больных с летальными исходами.

Результаты и обсуждение. Исходя из проведенного анализа, установлено, что геморрагический панкреонекроз был диагностирован у 32 (39%) больных, жировой - у 12 (14,6%) больных, смешанный - у 30 (36,6%) больных, гнойный - у 8 (9,8%) больных.

При анализе смертность чаще встречалась при геморрагическом субтотальном и тотальном поражении; жировом крупноочаговом; смешанном крупноочаговом и субтотальном поражении; гнойном крупноочаговом и субтотальном панкреонекрозе (таблица).

Таблица.

геморрагический	мелкоочаговый	1
	крупноочаговый	4
	субтотальный	13
	тотальный	14
жировой	мелкоочаговый	1
	крупноочаговый	10
	субтотальный	1
	тотальный	-
смешанный	мелкоочаговый	-
	крупноочаговый	15
	субтотальный	9
	тотальный	6
гнойный	мелкоочаговый	-
	крупноочаговый	3
	субтотальный	3
	тотальный	2

При распространении процесса на парапанкреатическую клетчатку возникают различные формы парапанкреатита: серозно-геморрагический парапанкреатит, который был выявлен в 11 (13,4%) случаях; инфильтративно-некротический парапанкреатит определялся в 27 (32,9%) случаях; гнойно-некротический парапанкреатит - в 35 (42,7%) случаях при котором парапанкреатическая флегмона была выявлена у 13 (15,9%) больных с деструктивным панкреатитом. Гнойный оментит диагностировался в 29 случаях. Абсцесс поджелудочной железы был выявлен в 8 случаях, который сочетался с абсцессом сальниковой сумки в 5 случаях и без абсцесса сальниковой сумки в 3 случаях. Фибринозно-гнойный перитонит был выявлен у 31 больного.

Большое значение в развитии неблагоприятного исхода имеет локализация деструктивного процесса. При анализе изменений в поджелудочной железе процесс был локализован в головке в 2 (2,4%) случаях, в головке и теле в 18 (22%) случаях, теле и хвосте в 22 (26,8%) случаях, в хвосте в 1 (1,2%) случае, в головке и хвосте в 2 (2,4%) случаях. Деструктивным процессом поражены все отделы в 37 (45,1%) случаях.

Выводы. Основной контингент умерших больных с острым деструктивным панкреатитом составляют больные с тотальным геморрагическим панкреонекрозом 17,1%; жировым крупноочаговым панкреонекрозом 12,2%; смешанным крупноочаговым панкреонекрозом 18,3%; гнойным крупноочаговым 3,7% и субтотальным 3,7% панкреонекрозом. При развитии гнойно-некротического парапанкреатита смертность была выше на 42,7%, чем при других поражениях парапанкреатической клетчатки. Основными причинами летального исхода явились поражения деструктивным процессом тела и хвоста в 26,8% и всех отделов поджелудочной железы в 45,1%.

Литература:

1. Ерюхин, И. А. Хирургические инфекции / И. А. Ерюхин, Б. Р. Гельфанд, С. А. Шляпникова. - СПб., 2005. - 560 с.
2. Лищенко, А. И. Гнойно-некротические осложнения деструктивного панкреатита: автореф. ... дис. канд. мед. наук / А. И. Лищенко. - М., 1994. - 46 с.
3. Современные аспекты лечения деструктивного панкреатита / Ю. А. Нестеренко [и др.] // Хирургия. - 1988. - № 10. - С. 16-21.
4. Нестеренко, Ю. А. Панкреонекроз (клиника, диагностика, лечение) / Ю. А. Нестеренко, С. Г. Шаповальянц, В. В. Лантев. - М., 1994. - 264 с.
5. Bacterial contamination of pancreatic necrosis / N. Beger [et al.] // Gastroenterology. - 1986. - Vol. 91, N 2. - P. 433-438.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Седун В.В., Неверов П.С., Козик Ю.П., Хваленов Д.В., Можак Д.Д. Городской центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями, УЗ "10-я ГКБ", ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Прогрессирование воспалительного процесса в ткани поджелудочной железы (ПЖ), интимная анатомическая связь с крупными магистральными сосудами, богатое кровоснабжение в ряде случаев приводят к аррозии, вовлеченной в патологический очаг сосудистой стенки, и развитию ложных аневризм в сосудах гепатопанкреатодуоденальной зоны [1,2,3].

Цель. Показать обоснованность строго индивидуальной дифференцированной хирургической тактики в лечении ложных аневризм сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Материал и методы. В Центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями с 2005 г. по 2009 гг. оперировано 62 пациента с панкреатогенными кровотечениями. У 42 из них на основании клинических данных, результатов инструментальных методов исследования, интраоперационной картины, биопсийного материала диагностированы ложные аневризмы в висцеральном сосудистом бассейне гепатопанкреатодуоденальной зоны. Пациенты в возрасте от 32 до 68 лет, мужчин-36, женщин-6.

Ложная аневризма в бассейне селезеночной артерии диагностирована в 13 случаях, у 27 больных отмечены ложные аневризмы а. gastroduodenalis и ее ветвей, и у 2 они исходили из нижней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии.

Предоперационная медикаментозная подготовка заключалась в тщательной коррекции гемодинамических и гематологических показателей с параллельным проведением дезинтоксикационной, антисекреторной и антибактериальной терапии.

Все пациенты оперированы. Панкреатогенные геморрагии вследствие поражения тела и хвоста ПЖ потребовали выполнения в 13 случаях различных вариантов дистальных резекций ПЖ с ликвидацией аневризм и спленэктомии, дополненных органосохраняющей коррекцией желудка, поперечно-ободочной кишки (11), проксимальной резекцией желудка(2). При обширном деструктивно-дегенеративном процессе в панкреатодуоденальной области с массивным разрушением желудочной стенки или нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки, аррозивным кровотечением при формировании ложных аневризм в бассейне а. gastroduodenalis 21 пациенту произведены панкреатодуоденальные резекции (пилоросохраняющий вариант - 17), двум - объем операций расширен до дуоденопанкреа-

тэктомии. Дуоденосохраняющий вариант проксимальной резекции ПЖ при ПК выполнен в 4 случаях: трем пациентам произведена изолированная резекция головки поджелудочной железы (операция Бегера), в одном случае дополненная вскрытием просвета общего желчного протока и дренированием его в панкреатоеюноанастомоз, и одному пациенту - частичная резекция головки ПЖ, папиллосфинктеровисунгопластика, холедохо-дуоденопанкреатоэнтероанастомоз по Ру с резекцией 2/3 желудка и части двенадцатиперстной кишки. Двум пациентам произведены различные варианты центральных резекций ПЖ: в одном случае - вскрытие гигантской псевдокисты, резекция головки и частично тела ПЖ с панкреатическим свищом, холедоходу-оденоанастомоз, дистальный панкреатоэнтероанастомоз по Ру; во втором случае - центральная резекция поджелудочной железы (перешеек и часть тела) с цистопанкреатоэнтероанастомозом по Брауну, иссечение цистогастрального свища, гастропластика, формирование панкреатоэнтероанастомоза по Ру.

Результаты и обсуждение. Релапаротомий не было. Все пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны на амбулаторное лечение.

Выводы. Активная дифференцированная хирургическая тактика оправдана в лечении панкреатогенных кровотечений на фоне ложных аневризм сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Литература:

1. Кригер, А. Г. Ложные аневризмы артерий бассейна чревного ствола у больных хроническим панкреатитом / А. Г. Кригер, А. С. Коков, Г. Г. Кармазановский // *Хирургия*. - 2008. - № 12. - С. 17-23.

2. Prevalence and treatment of bleeding complications in chronic pancreatitis / H. Bergert [et al.] // *Langenbecks Arch. Surg.* - 2004. - Vol. 389. - P. 504-510.

3. Sparrow, P. Ultrasonic-Guided Percutaneous Injection of Pancreatic Pseudoaneurysm with Thrombin / P. Sparrow, J. Asquith, N. Chalmers // *Cardiovasc. Int. Radiol.* - 2003. - Vol. 26. - P. 312-315.

РАДИКАЛЬНЫЕ ПОВТОРНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А.,
Неверов П.С., Козик Ю.П., Юшкевич А.В.
Городской центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями,
УЗ "10-я ГКБ",
УО "Белорусская академия последипломного образования",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Определенные успехи комплексного лечения воспалительно-некротического процесса в ткани поджелудочной железы (ПЖ), в том числе выполнение адекватного вмешательства на ПЖ, ее протоковой системе или на смежных органах не всегда останавливают

процессы деструктивной дегенерации панкреатической паренхимы, которая в ряде случаев приводит к аррозии вовлеченной в патологический очаг сосудистой стенки и развитию панкреатогенного кровотечения (ПК) [1,2,3].

Цель. Улучшить эффективность хирургического лечения больных с ПК после ранее перенесенных прямых операций на ПЖ.

Материал и методы. В центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями за 2005-2009 гг. оперировано 62 пациента по поводу ПК 12 из них были повторными и реконструктивными (19,4%). Женщин - 4, мужчин - 8. Возраст от 32 до 75 лет. Объем первичных хирургических вмешательств: лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование сальниковой сумки (ДСС), брюшной полости (БП) - 3; холецистэктомия, секвестрэктомия, ДСС, БП - 3; холецистэктомия, ХДА, секвестрэктомия, ДСС и БП - 1; формирование цистоэнтероанастомоза на длинной петле с Брауновским соустьем - 1; формирование цистоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле - 2; формирование цистогастроанастомоза - 1; иссечение кисты ПЖ - 1. Эпизод гастродуоденального кровотечения в анамнезе после перенесенной операции на ПЖ имели 5 больных. С клиникой ЖКК госпитализированы 11 пациентов, в 1 случае имелось одновременное кровотечение в ЖКТ и в свободную брюшную полость. 5 пациентов оперированы с рецидивом профузного кровотечения на фоне тяжелой постгеморрагической анемии.

Интраоперационная картина характеризовалась сложностью патоморфологической структуры очага поражения с множественными полиорганными деструкциями, вовлечением в грубый фиброзный перипроцесс магистральных сосудов, патологической венозной гиперваскуляризацией панкреатодуоденальной зоны, обусловленной синдромом сегментарной портальной гипертензии. Все это послужило основанием для выполнения в 3 случаях обширных дистальных резекций ПЖ, спленэктомии, дополненных иссечением цистогастроанастомоза и гастропластикой (1), иссечением цистоэнтероанастомоза, дна желудка и зоны деструкции селезеночного угла ободочной кишки (1), резекцией селезеночного угла ободочной кишки, формированием панкреатоэнтероанастомоза с головкой ПЖ (1). Центральная резекция ПЖ (перешеек и часть тела) с цистопанкреатоэнтероанастомозом по Брауну, иссечение цистогастрального свища, гастропластика, формирование панкреатоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле произведена в 1 случае; второму пациенту выполнено - вскрытие гигантской псевдокисты, частичная резекция головки и тела ПЖ с панкреатическим свищом, ХДА, дистальный панкреатоэнтероанастомоз по Ру. Двум пациентам произведена пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (пПДР) по принятой в клинике методике, дополненная в 1 случае резекцией гепатикохоледоха и ХДА. Изолированная резекция головки поджелудочной железы со вскрытием просвета общего желчного протока и дренированием его в панкреатоеюноанастомоз (операция Бегера) выполнена в 1 случае. Тотальная дуоденопанкреатэктомия произведена 2 пациентам (одному - с резекцией желудка, второму - пилоросохраняющий вариант) с формированием двухпетлевых анастомозов на выключенных по Ру петлях. Органосохраняющий вариант реконструктивной опера-

ции выполнен в 2 случаях: иссечение изолированной кисты головки ПЖ и зоны деструкции задней стенки постбульбарного отдела ДПК с лигированием аневризмы а. gastroduodenalis, дуоденопластикой (1), и иссечение эктопии ПЖ в стенку ДПК с псевдодивертикулумом, радикальная сегментарная дуоденопластика с дуоденохоледоходуоденоанастомозом в задней полуокружности.

Результаты и обсуждение. Летальных исходов и релапаротомий не было.

Выводы. Полученные удовлетворительные результаты позволяют сделать предварительное заключение о целесообразности проведения экстренных повторных хирургических вмешательств по поводу ПК в объеме одномоментных, реконструктивных и радикальных операций с максимальным удалением пораженной части ПЖ, реконструкцией поврежденных близлежащих органов.

Литература:

1. Воробей, А. В. Неязвенные гастроинтестинальные кровотечения / А. В. Воробей, В. В. Климович. - Мн.: Медицина, 2008. - 228 с.
2. Кригер, А. Г. Ложные аневризмы артерий бассейна чревного ствола у больных хроническим панкреатитом / А. Г. Кригер, А. С. Коков, Г. Г. Кармазановский // Хирургия. - 2008. - № 12. - С. 17-23.
3. Hemosuccus pancreaticus: an uncommon cause of gastrointestinal hemorrhage / S. Kapoor [et al.] // J. Pancreas [Electronic resource]. - 2004. - Vol. 5, № 5. - P. 373-376.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Шорох С.Г.,
Козик Ю.П., Неверов П.С.
Городской центр по лечению больных
с желудочно-кишечными кровотечениями,
УЗ "10-я ГКБ",
УО "Белорусская академия последипломного
образования",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Неуклонный рост числа пациентов с геморрагическими осложнениями воспалительного процесса в ткани поджелудочной железы (ПЖ) делает проблему панкреатогенных кровотечений (ПК) весьма актуальной [1].

Цель. Изучение патоморфологического субстрата ПК и их классификация.

Материал и методы. Центр по лечению больных с желудочно - кишечными кровотечениями располагает опытом лечения 62 пациентов (2005 - 2009 гг.) с ПК в возрасте от 21 до 75 лет. Из них мужчин - 54, женщин - 8. 16 из них в анамнезе имели эпизод гастроинтестинального кровотечения, 12 - перенесли прямые оперативные вмешательства на ПЖ.

Сложное чередование деструктивно - дегенеративных, пролиферативных процессов в ткани ПЖ приводит к повреждению сосудистой стенки и развитию ПК [1, 2, 3],

которое в зависимости от структуры патоморфологического очага может быть:

- 1) непосредственным (аррозивным) через дефект сосуда ткани ПЖ или сопредельных органов в просвет желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), брюшную полость;
- 2) опосредованным - через образование ложных аневризм в висцеральном сосудистом бассейне гепатопанкреатодуоденальной зоны с интрапа-ренхиматозной локализацией или формированием в полости постнекротических кист, связанных с протоковой системой ПЖ;
- 3) обусловленное развитием подпеченочной портальной гипертензии. Следует различать ПК в фазе острого деструктивного воспаления ткани ПЖ и панкреатогенные геморрагии при хронизации и прогрессировании панкреатопатии.

По характеру кровоизлияний были выделены:

I. Внутриорганные ПК (19 наблюдений) - массивные кровоизлияния в паренхиму ПЖ, полость кист, обусловленные прогрессированием дегенеративно-деструктивных процессов в ткани ПЖ при отсутствии фистул с ЖКТ, свободной брюшной полостью.

II. Гастроинтестинальные ПК (41 наблюдение):

1. Вследствие аррозий сосудов поврежденных стенок сопредельных органов (желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК), кишечника) (5);
2. Из сосудов паренхимы ПЖ, кистозно-дегенеративных полостей, связанных через зоны интестинальных деструкций с ЖКТ (18);
3. Вирсунгоррагии, возникающие в результате прорыва в протоковую систему постнекротических аневризм сосудов ткани ПЖ и внутриорганных кист (5);
4. Обусловленные аррозией сосудов эктопии ПЖ в стенку ДПК, желудка с некрозом и аррозией сосудов (3);
5. Геморрагии из эрозивно-язвенных поражений ЖКТ на фоне длительного интоксикационного синдрома и коагулопатии при явлениях механической желтухи (3);
6. Кровотечения из варикозно расширенных вен дна желудка в случаях развития сегментарной портальной гипертензии (7).

III. АПК в свободную брюшную полость (2) - возникают, как правило, на фоне выраженного обострения воспалительного процесса в ПЖ, который приводит к аррозии сосудов панкреатодуоденальной зоны, парапанкреатической клетчатки, деструкции кистозных образований с прорывом в свободную брюшную полость.

Возможны различные сочетания вариантов ПК.

Интенсивность кровотечения, степень кровопотери всегда напрямую отражают тяжесть состояния пациента и закономерно зависят от калибра аррозированного сосуда, его топографоанатомической принадлежности к артериальной или венозной системам, характера структурного строения патологического очага (связь с ЖКТ, свободной брюшной полостью).

Результаты и обсуждение. Предложена рабочая классификация ПК.

Выводы. ПК характеризуются значительной вариабельностью механизмов и форм их развития, что требует строго индивидуального дифференцированного подхода в их лечении.

Литература:

1. Воробей, А. В. Неязвенные гастроинтестинальные

кровотечения / А. В. Воробей, В. В. Климович. - Мн.: Медицина, 2008. - 228 с.

2. Кригер, А. Г. Ложные аневризмы артерий бассейна чрев-ного ствола у больных хроническим панкреатитом / А. Г. Кригер, А. С. Коков, Г. Г. Кармазановский // Хирургия. - 2008. - № 12. - С. 17-23.

3. Hemosuccus pancreaticus: an uncommon cause of gastrointestinal hemorrhage / S. Kapoor [et al.] // J. Pancreas [Electronic resource]. - 2004. - Vol. 5, N 5. - P. 373-376.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Торбунов А.С., Сорокин Д.К., Шеринёв Н.И.,
Пушинов А.В., Рудков Ю.В.
УЗ "Могилёвская больница №1",
г. Могилёв, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема хронического панкреатита (ХП) заключается не только в прогрессивно нарастающем в последнем десятилетии количестве больных с ХП, но и в выборе адекватного метода хирургического пособия, обеспечивающего стойкий и длительный лечебный эффект.

Цель. Совершенствование лечебно-диагностической тактики и анализ результатов хирургического лечения ХП.

Материал и методы. За период 2005-2009 гг. пролечено 382 больных с ХП, оперировано 209 больных (55%). Если в 2005 г. пролечено 73 больных и оперировано 29, то в 2009 г. - пролечено 130, оперировано-52. Все оперированные больные относились к классу "В" и "С" по классификации ХП Buchler (2000г.)

Показанием к оперативному лечению служили: стойкий, не поддающийся медикаментозной терапии, болевой синдром; кистозная трансформация либо увеличение головки ПЖ более 4 см; расширение главного панкреатического протока; синдром регионарной портальной гипертензии; синдром дуоденальной непроходимости; синдром желчной гипертензии; множественные интрапа-ренхиматозные кисты ПЖ; наружные и внутренние (панкреато-плевральные) панкреатические свищи. В большинстве случаев имело место сочетание двух и более показаний.

В алгоритм дооперационного обследования было включено: общеклиническое обследование, УЗИ, КТ брюшной полости, ФГДС, исследование онкомаркеров (СА 19-9), биопсия ПЖ под УЗИ контролем (35 больных). Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: операции на желчных путях при билиарной этиологии ХП - 32 больных, продольная панкреатикоюностомия - 12 больных, операции внутреннего дренирования кист ПЖ - 30 больных, операции наружного дренирования кист под УЗИ-контролем - 65 больных, операции наружного дренирования кист ПЖ - 10 больных, дистальная резекция ПЖ со спленэктомией - 10 больных, операция изолированной резекции головки ПЖ по Beger - 27 больных, операция по Frey - 24 больных.

Дистальная резекция ПЖ со спленэктомией выполнены при кистозном поражении тела и хвоста ПЖ в сочетании с тромбозом селезёночной вены и деструкцией селезёнки.

С 2007 г. основным видом оперативных вмешательств стали операции изолированной резекции головки ПЖ (операции типа Beger, Frey). Объем резекций и вид операций всегда определялся индивидуально после тщательной интраоперационной диагностики с обязательным использованием интраоперационного УЗИ (ИУЗИ). ИУЗИ позволяет выработать адекватную операционную тактику, определить взаимосвязь кистозных образований и крючковидного отростка железы с мезентерикопортальным стволом, холедохом, ДПК, селезёночными сосудами, что особенно важно и ценно при выраженных рубцово-воспалительных изменениях в парапанкреатической клетчатке, наличии патологических сообщений интрапанкреатических кист с артериальными сосудами и панкреатическим протоком.

В случаях наличия у пациентов стойких панкреатоплевральных свищей (4 случая - 7,8%) и регионарной портальной гипертензии (33 случая - 64,7%) - операции изолированной резекции головки ПЖ нет альтернативы.

Особой технической сложностью характеризовались операции типа Beger и Frey при наличии фистулы интрапанкреатических кист с а. pancreatoduodenalis и формированием ложных аневризм (5 случаев). Синдром желчной гипертензии имел место у 22 больных (43%). У 21 из них не потребовалось дополнительной коррекции синдрома, который разрешился благополучно в послеоперационном периоде. Лишь в одном случае в связи с выраженностью желтухи и дилатацией холедоха более 20 мм сформирован дополнительно холедоходуоденоанастомоз.

Результаты и обсуждение. Течение послеоперационного периода после проведенных операций изолированной резекции головки ПЖ было благополучно в большинстве случаев. Применение интраоперационно и в послеоперационном периоде длительной перидуральной анестезии (ДПА), препаратов сандостатина, препарата "Тахокомб", прецизионной технологии при наложении швов анастомозов - способствовало активации и быстрой реабилитации больных уже в 1-2 сутки послеоперационного периода. Летальности и гнойно-септических осложнений не наблюдалось.

В одном случае имело место повреждение интрапанкреатической части холедоха, в послеоперационном периоде - в 5 случаях имелось повышение амилаземии, в 3 случаях - недренирующееся скопление жидкости в зоне операции было удалено под УЗИ-контролем.

Отдаленные результаты операций типа Beger и Frey прослежены в срок от 1 до 3 лет, оценены как удовлетворительные и хорошие. У всех оперированных больных не отмечено развитие тяжелой внешнесекреторной недостаточности ПЖ, прогрессирование или развитие сахарного диабета.

Выводы.

1. В последние годы имеет место стойкий и значительный рост количества больных с ХП, нуждающихся в хирургическом лечении.

2. Операции изолированной резекции головки ПЖ - этиологически обоснованы, позволяют радикально справиться с большинством тяжёлых осложнений ХП.

3. Операции ИРПЖ (типа Beger, Frey) технически сложны, требуют использования современного высоко-

технологического оборудования, тем не менее, позволяют добиться хороших результатов в лечении пациентов с ХП, быстрой и стойкой реабилитации больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ И НЕАНАТОМИЧЕСКУЮ РЕЗЕКЦИЮ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВАРИАНТЕ ОПЕРАЦИИ ФРЕЯ

Третьяк С.И., Прохоров А.В.,
Ращинский С.М., Ращинская Н.Т.
"Белорусский государственный медицинский университет",
"Городская клиническая больница скорой медицинской помощи",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Течение хронического панкреатита (ХП), как правило, сопровождается постоянным или рецидивирующим болевым синдромом и рядом осложнений, требующих хирургического лечения у 30-50% пациентов [1]. Обзор литературы указывает максимальную эффективность любой из них в пределах 85-90% [2].

Цель. Сравнить результаты выполнения панкреато-дуоденальной резекции (ПДР) и операции Фрея (ОФ) у больных, страдающих ХП, по эффективности купирования болевого синдрома и качеству жизни, которые обеспечивают эти виды хирургических вмешательств.

Материал и методы. Проанализированы результаты выполнения ПДР и ОФ на базе отделения хирургической гепатологии за период с 2005 г. по 2009 г. Гастропанкреато-дуоденальная резекция (ГПДР) или пилоросохраняющий вариант (ППДР) были выполнены у 21 пациента (ГПДР - 8; ППДР - 13). Все пациенты были мужского пола. Средний возраст Me [25%; 75%]=42,5 [37; 51] года. Во вторую группу были включены 20 больных, у которых было выполнено резекционно-дренирующие хирургические вмешательства в виде операции Фрея. Средний возраст Me [25%; 75%] = 39,5 [33,5; 42,5] года. Среди них было 4 женщины. Сроки наблюдения до выполнения операции в первой группе - Me [25%; 75%] = 29,8 [4; 48] месяцев. Во второй группе сроки наблюдения - Me [25%; 75%] = 29 [13; 34] месяцев. Этиологическим фактором, способствующим развитию ХП, у всех пациентов первой группы был алкоголь. У 2 женщин второй группы - билиарный фактор. Оценка результатов хирургических вмешательств в обеих группах проведена с использованием руссифицированной версии опросника оценки качества жизни SF-36 v.2tm по показателям физического компонента здоровья (PH-Physical Health), психологического компонента здоровья (MH-Mental Health) и эффекту купирования интенсивности болевого синдрома (BP-Bodily pain).

Результаты и обсуждение. Проанализированы

ранние (до 30 дней с момента операции) и поздние (от 0,5 до 1 года) результаты лечения в двух группах наблюдения. Анализ результатов в раннем послеоперационном периоде был проведен по количеству и характеру послеоперационных осложнений. После выполнения ПДР были зарегистрированы следующие осложнения: раневая инфекция в 4 случаях, наружный панкреатический свищ - 1, несостоятельность билиодигестивного анастомоза - 1, что потребовало выполнение релапаротомии в последнем случае. Летальный исход у одного пациента был обусловлен кардиоплегией в раннем послеоперационном периоде, вследствие нарушения ритма сердечных сокращений (инфаркт миокарда в анамнезе). У пациентов во второй группе было отмечено только нагноение послеоперационной раны в двух случаях.

При сравнении результатов хирургического лечения по критерию Манна-Уитни ($p < 0,05$) получены достоверно лучшие результаты хирургического лечения в группе ОФ. При оценке поздних результатов лечения в группе пациентов, которым была выполнена ПДР, отмечено достоверное улучшение ($p < 0,01$ по критерию Уилкоксона) показателей PH с 32,4 (29,2-34,3) до 45,6 (42,6-49,0), MH с 26,8 (20,7-31,5) до 50,5 (47,7-53,6), BP с 22,2 (10-32) до 82,1 (79-100). Аналогичные данные, свидетельствующие об эффективности хирургического лечения, получены и в группе больных, которым была выполнена ОФ ($p < 0,01$). Анализируемые показатели выросли: PH с 28,9 (26,9-30,6) до 45,9 (44,4-46,8), MH с 25,4 (22,1-27,2) до 52,3 (51,0-55,2), BP с 17,3 (12-22) до 88,7 (84-100). При сравнении результатов лечения в двух группах по критерию U-Манна-Уитни достоверного различия PH ($p < 0,11$), MH ($p < 0,47$) и BP ($p < 0,83$) не отмечено. При более углубленном анализе выявлен больший прирост значений показателей PH ($p < 0,01$), PF ($p < 0,01$), SF ($p < 0,05$) в группе пациентов, которым была выполнена ОФ.

Выводы. На основании полученных данных как ПДР, так ОФ адекватно купируют болевой синдром и улучшают качество жизни пациентов, страдающих ХП. Предпочтение, при равных условиях, следует отдавать ОФ, так как она обеспечивает больший прирост некоторых показателей физического и психоэмоционального компонентов качества жизни у оперированных больных.

Литература:

1. *Surgical approaches to chronic pancreatitis* / A. L. Mihaljevic [et al.] // *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. - 2008. - Vol. 22, N 1. - P. 167-181.
2. *Is any surgical procedure ideal for chronic pancreatitis?* / N. A. Wani [et al.] // *Inter. J. Surg.* - 2007. - N 5. - P. 45-56.

НАКОПЛЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРА "ФОТОЛОН" В ТКАНЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКЕ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

*Ушкевич А.Л., Жандаров К.Н., Белюк К.С.,
Прокопчик Н.И., Трухачева Т.В., Шляхтин С.В.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь
РУП "Белмедпрепараты",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В настоящее время во всем мире интенсивно развивается новая медицинская технология - фотодинамическая терапия (ФДТ). Суть данного метода состоит в том, что многие биологические объекты - раковые клетки, воспаленные ткани, микробы и вирусы могут накапливать определенные красители - фотосенсибилизаторы (ФС), обладающие повышенной чувствительностью к возбуждающему действию света соответствующей длины волны. Под действием светового излучения в клетках захвативших краситель, развивается фотохимическая реакция с выделением синглетного кислорода и свободных радикалов, что и приводит к гибели и разрушению опухолевых клеток, микроорганизмов.

Наиболее распространённым способом введения ФС является внутривенный. Так же применяется и местное введение ФС в виде растворов, гелей; разрабатываются фонофоретические методики введения. В литературе имеются данные о локальном инъекционном введении фотосенсибилизатора. Реже применяется пероральное введение.

Цель. Определение параметров распространения и накопления фотосенсибилизатора "Фотолон" в различных тканях при внутривенном и местном введениях, в условиях гнойного воспаления и в стерильных условиях.

Материал и методы. Экспериментальные исследования проводились на 15 кроликах обоих полов массой $3,2 \pm 0,3$ кг. (М±). Работу проводили с соблюдением этических норм обращения с животными, предусмотренных Европейской комиссией по надзору за проведением лабораторных опытов с участием экспериментальных животных.

Все животные были разделены на три группы по 5 животных: в первой группе изучалось распространение и накопление тканями препарата "Фотолон" при местном введении (в клетчатку забрюшинного пространства и поджелудочную железу без признаков воспаления). Вторую группу составили животные, у которых изучали распространение и накопление тканями препарата "Фотолон" в условиях гнойного - некротического воспаления в поджелудочной железе и жировой клетчатке забрюшинного пространства. Выполнялась лапаротомия, в забрюшинную клетчатку поджелудочной железы в разных точках вводилось гнойное отделяемое, забранное накануне у больных с деструктивным панкреатитом (при микробиологическом исследовании которой получали протеи 104-5 или кишечную палочку 105 в одном миллилитре).

Результаты и обсуждение. Через сутки в местах, где

развилось воспаление, в разное время вводился 1 мг препарата "Фотолон". В третьей группе ФС вводили внутривенно медленно и в разные сроки изучали распространение и накопление его тканями поджелудочной железы и клетчатки забрюшинного пространства без признаков воспаления. Выводили животных из эксперимента введением летальных доз тиопентала натрия. Забиралась поджелудочная железа, клетчатка забрюшинного пространства из мест введения "Фотолон" на флуориметрическое и гистологическое исследование.

Выводы. Полученные данные показывают, что максимальное накопление препарата "Фотолон" отмечается при местном его введении (в жировой клетчатке $4471 \pm 199,5$ у.е. и в поджелудочной железе $1903,6 \pm 851,56$ у.е.) по сравнению с внутривенным (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 условиях гнойного воспаления в жировой клетчатке приходится на 1 час ($4680,8 \pm 294,3$ у.е.) после его введения, с дальнейшим постепенным снижением. В поджелудочной железе накопление происходит медленнее, и максимальная концентрация наблюдалась к 6 часам ($3440 \pm 153,4$ у.е.). 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.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕАТИТОМ

*Фомин Л.В., Ковалёва Л.А., Володькин В.В1.,
Балейко В.И., Суханова А.П.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
УЗ "Больница скорой медицинской помощи",
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. Наряду с другими факторами здоровье человека и состояние адаптационных процессов определяют его психологические особенности, критерием эффективности проводимой терапии может служить качество жизни больных.

Цель. Определение направления реабилитационных мероприятий по данным анализа психологических особенностей больных острой атакой хронического панкреатита, уровня их тревоги, депрессии и качества жизни.

Клинически обследовано 47 пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях БСМП г. Витебска с диагнозом острая атака хронического панкреатита. Мужчин 37, женщин 10. Средний возраст $37,2 \pm 4,3$ лет. Диагноз выставляли на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных. Обследование выполняли на 5-7 сутки от момента поступления после купирования выраженного болевого синдрома. Всем больным проводилось консервативное лечение согласно стандартным протоколам.

Материал и методы. Личностные психологические

особенности и психоэмоциональное состояние пациентов анализированы применением теста СМОЛ. Уровень тревоги определяли применением методики интегративного теста тревожности (ИТТ), уровень депрессии оценивали по данным шкалы Гамильтона. Качество жизни больных определяли по данным опросника SF36.

Результаты и обсуждение. Из анамнеза у 65% больных установлено употребление алкоголя. Психологические особенности больных панкреатитом были обусловлены повышением профиля по шкале I(Hs) - невротического сверхконтроля до 51,5 Т баллов ($p < 0,05$) как следствия значительного ухода в болезнь, достоверным повышением по шкале 6(Pa) - ригидности 54,4Т баллов ($p < 0,01$) и эмоциональной лабильности 3(Hy) - 51,6 Т баллов ($p < 0,05$), сужением кругозора, интереса к жизни и творчеству о чём свидетельствовали низкие показатели по шкале 8 (Sc) - 45,4 Т баллов. Полученные результаты могут быть обусловлены алкоголизацией обследованных больных.

У 47% больных диагностировали высокий уровень личностной тревоги. В спектре тревожности у 53% пациентов выявлен высокий уровень по шкале социальной реакции защиты. Больные рассматривали социальную среду как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе. В спектре тревожных переживаний высокий уровень эмоционального дискомфорта установлен у 35,3% больных, высокий уровень астенического компонента выявлен у 41,2%, высокий уровень фобического компонента у 35,3%, высокий уровень тревожной оценки перспектив зафиксирован у 29,4% больных, высокий уровень социальной защиты выявлен у 35,3% больных.

Лёгкая депрессия и депрессия средней степени тяжести, по данным шкалы Гамильтона, выявлена у 52,9% пациентов. 31% больных при прямых вопросах указывали на подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство малозначимости. У 33% больных была бессонница в одном из её вариантов. У 38% больных отмечена ажитация или тревожное возбуждение. Соматическая тревога с гастроинтестинальными проявлениями - сухостью во рту, метеоризмом, диспепсией, диареей, отрыжкой, сердечно-сосудистыми нарушениями в виде сердцебиения, головными болями, одышкой, учащенным мочеиспусканием и повышенным потоотделением отмечены у 54% больных. Потеряли в весе 58% больных.

По данным опросника SF36, показатели качества жизни пациентов были снижены по всем шкалам. Наиболее значимыми эти различия были в шкалах, отражающих психологический компонент. Показатели физического функционирования были снижены на 68%. Ролевое физическое функционирование уменьшилось в среднем на 10% у 6 больных, физический компонент боли снижал качество жизни на 34% - у больных. Состояние своего здоровья считали сниженными в среднем на 35% (13 пациентов). Утомляемость, снижение работоспособности выявлены у 81% пациентов. Социальная активность была снижена у 65% больных. Эмоциональные нарушения проявлялись частной сменой настроения, склонностью к невротизации, нарушению сна и аппетита.

Выводы. Психоэмоциональный профиль больных острой атакой хронического панкреатита характеризуется

высоким уровнем ипохондрии, эмоциональной лабильности и ригидности, высокими показателями тревоги и депрессии.

Низкий уровень качества жизни больных панкреатитом обуславливает целесообразность комплексной программы реабилитационных мероприятий.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Фомин А.В., Москалёв К.В., Фомин Ф.А.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет", г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Острый панкреатит - одно из наиболее распространённых заболеваний ургентной хирургии. Отёчный панкреатит, сопровождаясь болевым синдромом и диспептическими нарушениями, является причиной нетрудоспособности и снижает качество жизни больных. Роль психологических особенностей среди других систем адаптации требует дальнейшего анализа клиницистов совместно с психологами [1,3].

Цель. Разработка критериев выполнения реабилитационных мероприятий при панкреатите на основании анализа типов отношения к болезни у этих больных.

Материал и методы. Выполнено клинико-психологическое обследование 30 пациентов отёчным панкреатитом, находившихся на лечении в хирургических отделениях БСМП г. Витебска. Мужчин было 24, женщин - 6. Возраст больных от 75 до 20 лет. Средний возраст $32,4 \pm 4,2$ лет. Причиной панкреатита, по данным опроса, у 14 больных (46,7%) послужило употребление алкоголя. Среди других причин панкреатита преобладали желчнокаменная болезнь и травма. Обследование выполняли на добровольной основе после купирования болевого синдрома. Двое больных от обследования отказались.

Анализировали общие закономерности и индивидуальные особенности типов отношения к болезни по "Методике для психологической диагностики типов отношения к болезни", разработанной в Ленинградском научно-исследовательском психо-неврологическом институте им. В. М. Бехтерева и включающей для анализа 12 тем, что позволяет выявить 12 типов отношения к болезни (ТОБ):

1) гармоничный (Г), 2) эргопатический (Р), 3) анозогнозический (З), 4) тревожный (Т), 5) ипохондрический (И), 6) неврастенический (Н), 7) меланхолический (М), 8) апатический (А), 9) сенситивный (С), 10) эгоцентрический (Я), 11) паранойяльный (П) и 12) дисфорический (Д) [2].

Результаты и обсуждение. Типы отношения к болезни условно можно разделить на 3 блока - один адаптивный и два дезадаптивных [2]. "Чистые" типы отношения к болезни с преимущественно высокими показателями в диагностической зоне одной шкалы опросника отмечены у 13 больных - 45%. При этом адаптивные типы реакции, то есть гармоничный, эргопатический и анозогнозический отмечены у 31% больных. Типы отношения к болезни, харак-теризую-

щиеся интрапсихической направленностью и уходом в болезнь - тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический отмечены у 10,3% больных. Обвинительно эгоцентрические типы отношения к болезни - сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический отмечены у 3,7% пациентов. Известно, что больные с этим типом реакции или стесняются своего заболевания или "используют" его в своих целях, обвиняя окружающих в своем недуге. Смешанные типы отношения к болезни с преобладанием двух дезадаптивных типов отмечены у 10,3% больных. Смешанные типы отношения к болезни с попаданием в диагностическую зону двух - трёх шкал и диффузные типы отношения к болезни с наличием более трех высоких пиков и сочетанием адаптивного и дезадаптивного типов отношения к болезни выявлены у 45% больных.

В группе больных с адаптивными типами реакции гармоничный тип отношения к болезни по данным повышения по шкале (Г) был отмечен у 49,6% больных, значения эргопатического типа (Р) были повышены у 73,3% больных, показатели по анозогностическому типу (З) были повышены у 30% больных.

По клиническим данным симптомы заболевания у больных с адаптивным типом отношения к болезни купированы в короткие сроки. Осложнений не наблюдалось.

Выводы. Смешанные адаптивные и дезадаптивные типы отношения к болезни, предполагающее нарушение психологической адаптации у больных острым панкреатитом преобладают и наблюдаются в 45% случаев. Для группы больных острым панкреатитом со смешанным типом отношения к болезни целесообразно разработать комплекс реабилитационных мероприятий при участии психотерапевта.

Литература:

1. Александер, Ф. *Психосоматическая медицина: пер. с англ.* / Ф. Александер. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. - 352 с.
2. *Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации* / Л. И. Вассерман [и др.]; под ред. А. Е. Личко. - Л., 1987.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Харьков Д.П., Федорук А.М., Руммо О.О., Щерба А.Е., Авдей Е.Л., Савченко А.В.
УЗ "9-ая ГКБ",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Лечебная тактика при различных типах псевдокист поджелудочной железы является сложной и до конца не разработана. В последнее время предпочтение отдают малоинвазивным технологиям. В сравнении с открытыми операциями, данные технологии сопровождаются меньшей травматизацией тканей, легче переносятся больными, имеют больший экономический эффект и меньшее количество осложнений [1].

Цель. Выработать оптимальный подход в лечении

различных псевдокист поджелудочной железы.

Материал и методы. В период с 2004 г. по 2010 г. в 9-ой ГКБ и МГДЦ г. Минска у 233 пациентов (м:ж=185:48) с псевдокистами поджелудочной железы применялись различные инвазивные методы лечения. После комплексного клиничко-лабораторного и инструментального обследования (УЗИ, КТ, ФГДС) этапные аспирационные санации выполнены у 112 пациентов, дренирующие малоинвазивные вмешательства (наружное, наружно-внутреннее, цистогастротомии со стентированием) под ультразвуковым и эндоскопическим контролем у 90 человек, открытые хирургические методы коррекции выполнены у 31 больного. У 70 (30%) больных кисты локализовались в головке поджелудочной железы, у 98 (42%) в теле и у 65 (27,8%) в хвосте. Большинство кист 212 (90,9%) были одиночными, размером от 4,0 см до 25,0 см. В выборе оптимального хирургического пособия, для каждого больного индивидуально, использовали классификацию псевдокист поджелудочной железы предложенную D'Egidio и Shein (1991 г).

Так при 1-ом типе кист и наличием показаний к интервенционным методам лечения выполняли этапные чрескожные аспирационные санации под УЗК с ежедневным контролем объема и исследованием на амилазу, бактериологический посев, цитологическое исследование. При 2-ом типе кист выполняли различные дренирующие вмешательства (наружное, наружно-внутреннее, внутреннее, цистогастротомии) под УЗК, ФГДС, Rtg. При 3-ем типе кист использовали открытые хирургические методы коррекции (панкреатикоэнтеростомия на отключенной петле по-Roux, операция Фрея, Бегера).

Результаты и обсуждение. У 30 (26,7%) кист первого типа были окончательно излечены после 1-ой пункции. Остальные 82 (73,2%) потребовали от 2 до 6 санаций, при этом осложнений не отмечено. При 2-ом типе кист из 90 больных у 34 (37,7%) наружное дренирование было выполнено трансгастральным доступом. Последующий перевод трансгастрального дренажа во внутренний цистогастротент (под контролем ФГДС) был выполнен у 7 (20,5%) больных. Осложнения были у 7 (3,0%) (транслокация дренажа, кровотечение, нагноение, рецидив псевдокисты, наружный панкреатический свищ). Все осложнения своевременно устранены, летальных исходов не было.

Выводы.

Дифференцированный подход к лечению различных типов кист поджелудочной железы позволяет получить лучшие отдаленные результаты.

Малоинвазивные технологии в лечении больных с псевдокистами поджелудочной железы являются высокоэффективными и имеют минимальное количество осложнений.

Трансгастральный способ наружного дренирования псевдокисты позволяет избежать таких осложнений как наружный панкреатический свищ.

Литература:

1. Lillemoe, K. D. *Management of complications of pancreatitis* / K. D. Lillemoe // *Curr. Probl. Surg.* - 1998. - Vol. 35. - P. 3-98.

ОРИГИНАЛЬНЫЙ МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Харьков Д.П., Федорук А.М., Руммо О.О., Щерба А.Е.,
Авдей Е.Л., Савченко А.В.
УЗ "9-ая ГКБ",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Операции внутреннего дренирования являются основным способом лечения панкреатических псевдокист имеющих связь с протоковой системой поджелудочной железы и направлены на создания сообщения (фистулы) кисты с желудочно-кишечным трактом.

Малоинвазивные технологии являются "золотым" стандартом у большинства больных с постнекротическими псевдокистами поджелудочной железы. В сравнении с открытыми операциями, данные технологии сопровождаются меньшей травматизацией тканей, легче переносятся больными, значительно снижают экономические затраты и вызывают меньшее количество осложнений [1].

Цель. Улучшить результаты лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы путем внедрения нового малоинвазивного способа лечения данной патологии.

Материалы и методы. В с 2008 по 2010 г в 9-ой ГКБ г.Минска у 10 пациентов (м:ж=9:1), имеющих псевдокисты 2-го типа по классификации D'Egidio и Shein (псевдокисты сообщающиеся с протоковой системой поджелудочной железы), была применена новая малоинвазивная методика лечения. Псевдокисты локализовались в теле и хвосте поджелудочной железы у 7 и 3 больных, соответственно. Размеры псевдокист были от 7,0 до 18 см. Все псевдокисты были одиночными. Одноэтапный и двухэтапный способы чрескожной цистогастростомии были применены у 3 и 7 больных, соответственно. Удаление стента выполняли эндоскопически через 8-12 месяцев после формирования надежного соустья (панкреатоцистогастростомии). Суть оригинального способа, заключается в выполнении чрескожной трансгастральной цистогастростомии со стентированием под ультразвуковым и фиброгастроскопическим контролем.

Заявляемый метод имеет 2 способа:

1. Одноэтапная, одномоментная установка цистогастростента (в случаях имеющегося сращения псевдокисты с задней стенкой желудка (операция внутреннего дренирования)).

2. Двухэтапная установка - для формирования сращения псевдокисты с задней стенкой желудка, с последующей трансформацией наружно-внутреннего, трансгастрального дренажа во внутренний цистогастротомический стент, путем отделения отделяемой части (перевод наружно-внутреннего дренирования во внутреннее).

В режиме реального времени, под УЗ-контролем выполняем чрескожную, трансгастральную (через 2 стенки желудка) пункцию псевдокисты поджелудочной железы. Стент выполнен из медицинского, рентгенконтрастного полиэтилена с памятью формы, имеет два витка

спиралевидной или другой (двойной pigtail) формы, располагается на колющем фрагменте в выпрямленном состоянии и приобретает заданную форму после низведения. Используем "стиллет-катетерный" принцип постановки стента, так как сам стент превосходит колющий фрагмент по диаметру и "пломбирует" собой места проколов в желудке при низведении. Диаметр стента может быть разным. В конечном виде стент располагается между желудком и псевдокистой, обеспечивая внутреннее дренирование.

Результаты и обсуждение. Все пациенты были окончательно излечены после данного вмешательства. При контрольных обследованиях, проведенных после извлечения стента (через 6, 12, 24 месяца), признаков рецидива не выявлено. Осложнений и летальных исходов не было.

Наружное дренирование наиболее простой метод, но имеет достаточно высокий процент рецидивов псевдокисты (до 22%), осложнений (нагноения, кровотечения, разрывы) и зачастую (от 10 до 40 %) приводит к формированию наружного панкреатического свища [2] с последующими его осложнениями.

Выводы.

1. Приведенный оригинальный метод лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы является высокоэффективным.

2. Трансгастральный способ наружного дренирования псевдокисты позволяет избежать таких осложнений, как наружный панкреатический свищ.

3. Цистогастростомия выполняется как путем открытой операции, так и малотравматично - эндоскопически (трансмуральное дренирование), лапароскопически и чрескожно трансгастрально под УЗК.

Литература:

1. Lillemoe, K. D. *Management of complications of pancreatitis* / K. D. Lillemoe // *Curr. Probl. Surg.* - 1998. - Vol. 35. - P. 3-98.
2. Ridgeway, M. G. *Surgical management and treatment of pancreatic fistulas* / M. G. Ridgeway, B. E. Stabile // *Surg. Clin. North Am.* - 1996. - Vol. 76. - P. 1159-1173.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КТ-КОНТРОЛЕМ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Хоха В.М., Литвин А.А.,
Хоха Д.В., Лобанков В.М.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
УЗ "Гомельская областная клиническая больница",
УЗ "Мозырская городская больница",
г. Гомель, г. Мозырь, Республика Беларусь

Актуальность. Высокая послеоперационная летальность при инфицированном панкреонекрозе, несмотря на максимальную медикаментозную поддержку, привела к появлению в течение последнего десятилетия

целого ряда миниинвазивных технологий, в том числе чрескожного дренирования жидкостных скоплений под УЗИ или КТ-контролем.

Цель. Изучить возможность использования навигационных технологий в лечении пациентов с тяжелым острым панкреатитом (ТОП).

Материал и методы. Проведен клинический ретроспективный анализ результатов применения дренирования острых жидкостных скоплений (ОЖС) под КТ-контролем у 75 пациентов с тяжелым острым панкреатитом в Гомельской областной клинической больнице и Мозырской городской больнице за период с 2005 по 2009 гг. Средний возраст пациентов составил 52,5 лет (30 - 77). Методика пункционно-дренирующего лечения заключалась в следующем: выполнялась УЗИ и КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием; на основании полученных данных проводился анализ и выбирался наиболее оптимальный путь для установки дренажа с учетом расстояния до патологического очага, вне крупных сосудов и полых органов; проводилось дренирование острых жидкостных скоплений по намеченной траектории с использованием дренажей типа "pig-tail".

Уточнение диагноза, выраженности и распространенности некротических изменений в поджелудочной железе и перипанкреатической клетчатке, с определением преобладания жидкостного или тканевого компонента проводили по данным РКТ. КТ с внутривенным усилением всем пациентам изучаемой группы выполнялось впервые 72 часа стационарного лечения.

Результаты и обсуждение. По данным РКТ, изменения во всех случаях соответствовали стадии D и E по Бальтазар. ОЖС локализовались в области головки (8), в хвосте поджелудочной железы (22), в теле и хвосте железы (47).

В среднем дренирование выполнялось на 11,7 сутки заболевания (3-20). У 38 пациентов дренирование острых жидкостных скоплений явилось окончательным методом лечения. У 37 пациентов с ТОП, у которых в последующем развились признаки инфицированного несформированного панкреонекроза, пункционное дренирование позволило суб- или компенсировать общее состояние и выполнить открытую некроеквест-рэктомию в более выгодных условиях. Летальность в этой группе пациентов составила 6% (10).

Дренирование острых жидкостных скоплений при ТОП было внедрено с целью отсрочить, а в ряде случаев предотвратить необходимость выполнения "открытых" оперативных вмешательств. Известно, что зона пери- и/или панкреатического некроза состоит из тканевого и жидкостного компонентов. По мере организации и "созревания" (обычно в сроки 4-6 недель от начала заболевания) происходит "разжижение" содержимого и формируется очаг инфицированного панкреонекроза с абсцедированием. Использование открытых методов некроеквестрэктомии сопряжено с высокой послеоперационной летальностью, в том числе в связи с незавершенным процессом отторжения некротизированных тканей, необходимостью многократных повторных некроеквестрэктоми. Эвакуация жидкостного компонента ОЖС позволяет купировать полиорганную недостаточность и отсрочить выполнение открытой

радикальной некрэктомии до стадии сформированного (ограниченного) панкреонекроза. Так как состояние пациента может прогрессивно ухудшаться на фоне сепсисиндуцированной полиорганной недостаточности, целью этих вмешательств является профилактика инфекционных осложнений, в том числе генерализованной инфекции, а не достижение окончательной некроеквестрэктомии.

Выводы. Пункционно-дренирующие вмешательства под КТ-контролем могут использоваться в комплексном лечении пациентов с тяжелым острым панкреатитом. РКТ позволяет более точно выбрать траекторию прохождения дренажа. Применение миниинвазивных технологий позволяет у части больных ТОП достичь выздоровления, а у пациентов с наиболее тяжелым течением панкреонекроза дренирование некротического очага позволяет компенсировать состояние и выполнить отсроченное радикальное вмешательство с меньшим операционным риском.

Литература:

1. Haas, B. *Surgical indications in acute pancreatitis* / B. Haas, A. B. Nathens // *Current Opinion in Critical Care* / St. Michael's Hospital. - Canada: University of Toronto, 2010.
2. Carter, R. *Percutaneous management of necrotizing pancreatitis* / R. Carter // *HPB*. - 2007. - Vol. 9. - P. 235-239.

ДУОДЕНУМСОХРАНЯЮЩАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВКИ

Щастный А.Т., Лярский С.П., Сятковский А.Р., Кугаев М.И., Украинец Е.А., Люцко И.А., Сапко Г.Ф.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
Витебский областной научно-практический центр "Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы",
УЗ "Витебская областная клиническая больница",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Нерешенной проблемой остается хирургическое лечение ХП с преимущественным поражением головки ПЖ (ХПППГ), который в отечественной литературе известен как индуративный, "псевдотуморозный" панкреатит, а за рубежом как "головной панкреатит" (cephalic pancreatitis), или панкреатит с "воспалительной массой в головке" (inflammatory mass in the head of pancreas).

Современные исследования ведущих хирургов-панкреотологов Н. G. Beger, Buchler, Ch. Frey, J. Izbicki и многих других показали: что необратимое прогрессирование морфологических изменений ткани головки поджелудочной железы всегда приводит к формированию стриктур проксимальной части панкреатического протока, кистозной трансформации протоков II и III

порядка, характеризуется изнурительным болевым синдромом, усугублением алиментарных расстройств и эндокринной недостаточности вследствие атрофии и кальцификации ткани дистальных отделов органа [1, 2, 3].

Цель. Анализ послеоперационных результатов дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы (ПЖ) по Бегеру.

Материал и методы. В Витебском областном научно-практическом центре "Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы" выполнено 102 дуоденумсохраняющих проксимальных резекций головки ПЖ по Бегеру. Мужчин - 97, женщин - 5 в возрасте от 26 до 61 года (средний возраст 43,5±8,5). Стеноз холедоха диагностирован у 22 (21,5%) больных (у 13 с механической желтухой), у 6 (5,8%) больных стенозирование двенадцатиперстной кишки и портальная гипертензия у 19 (18,6%) пациентов, псевдокисты у 26 (25,5%) больных. Помимо указанных осложнений, отмечены следующие морфологические изменения ПЖ: кальцификация паренхимы ПЖ у 11 (10,7%) больных, вирусногепатит у 11 (10,7%) больных.

Результаты и обсуждение. У 96 больных резекция выполнена без формирования анастомоза с проксимальной частью ПЖ. Декомпрессия холедоха как дополнение стандартной резекции ПЖ выполнена у 22 (21,5%) больных, а в 4 наблюдениях резекция головки привела к декомпрессии суженного холедоха без необходимости наложения дополнительного билиодегистивного анастомоза. Среднее послеоперационное время нахождения в стационаре было 23,9±13,2 дня, длительность лечения в отделении реанимации в среднем 3,0±2,0 дня. Длительность оперативного вмешательства составила 294±63 минут. Гемотрансфузия в среднем составила 690 мл. Из 102 пациентов умер 1 больной (летальность 0,98%), у которого выполнена операция Бегера на фоне тромбоза воротной вены, в послеоперационном периоде развились множественные септические абсцессы левой доли печени, потребовавшие повторных вмешательств. Ранние послеоперационные осложнения диагностированы у 22 (21,5%) больных, а повторная операция стала необходимой у 8 (7,8%).

Выводы. У больных ХП с преимущественным поражением головки ПЖ дуоденумсохраняющая резекция по Бегеру обеспечивает хорошие результаты в лечении болевого синдрома, устранения осложнений ХП. Данная операция является обоснованной, достаточно безопасной в отношении послеоперационной летальности и осложнений и органосохраняющей, сохраняя функцию двенадцатиперстной кишки.

Литература:

1. *Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in severe chronic pancreatitis. Early and late results / H. G. Beger [et al.] // Ann. Surg. - 1989. - Vol. 209. - P. 273-279.*
2. *Frey, C. F. Comparison of local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy (Frey procedure) and duodenum-preserving resection of the pancreatic head (Beger procedure) / C. F. Frey, K L. Mayer // World J. Surg. - 2003. - Vol. 27, N 11. - P. 1217-1230.*
3. *Longitudinal V-shaped excision of the ventral pancreas for small duct disease in severe chronic pancreatitis: prospective evaluation of a new surgical procedure / J. R. Izbicki [et al.] // Ann. Surg. - 1998. - Vol. 227. - P. 213-217.*

АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ЕЕ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ МАКРОСКОПИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Щастный А.Т., Кугаев М.И., Сятковский А.Р.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время отмечен существенный рост числа больных хроническим панкреатитом (ХП), причем заболеваемость неуклонно растет. Так в странах Европы она составляет от 8,2 до 27,4 на 100000 населения [1], в США распространенность ХП составляет 25-30 случаев на 100 000 населения [2]. Причинами развития хронического панкреатита являются: злоупотребление алкоголем - 75-90%, идиопатический ХП - 20%, другие редкие факторы - 5%. Болевой синдром является доминирующим клиническим проявлением хронического панкреатита в 80-90%. По данным Buchler M.W. частота преобладания симптомов при хроническом панкреатите следующая: боль - 80-90%, стеаторея - 5-15%, симптомы сахарного диабета - 3-10%, механическая желтуха - 1-5% [3].

Цель. Провести сравнительную оценку качества жизни и интенсивности болевого синдрома у больных хроническим панкреатитом, в зависимости от ширины главного панкреатического протока и величины головки ПЖ.

Материал и методы. Обследовано 45 пациентов (мужчин-37, женщин-8) с хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки ПЖ. Средний возраст составил 43,5±8,5 года. В предоперационном периоде, помимо стандартных исследований, проводили многокомпонентную оценку качества жизни и интенсивности болевого синдрома, в зависимости от макроскопических изменений ПЖ (ширины главного панкреатического протока (ГПП), размера головки ПЖ).

В зависимости от ширины ГПП, все больные были поделены на две группы: с протоком <6 мм - 24, с протоком 6 мм - 21. Так же на две группы все пациенты были поделены, в зависимости от размера головки ПЖ: с головкой <40 мм - 9, с головкой 40 мм - 36.

Качество жизни изучалось с помощью опросника SF-36. Интенсивность болевого синдрома измеряли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Статистическая обработка результатов была проведена в пакете прикладных программ Statistica 8.0 с определением медианы (Me), 25-го и 75-го перцентилей. Для сравнения двух независимых величин был использован непараметрический критерий Манна-Уитни (U).

Результаты и обсуждение. При сравнении пациентов по 8 шкалам опросника SF-36 и при оценке интенсивности боли по ВАШ не было выявлено статистически значимой разницы между группами в зависимости от ширины ГПП (p>0,05). (Таблица 1)

Выводы. В результате нашего исследования выявлен низкий уровень качества жизни и выраженный болевой синдром у больных ХП с преимущественным поражением головки ПЖ. Причем интенсивность болевого синдрома

Таблица 1. Значения SF-36 и ВАШ в зависимости от ширины ГПП

	ГПП < 6 мм	ГПП 6 мм	p
физическое функционирование (PF)	65(47.5-72.5)	60(45-95)	0.616
ролевая деятельность (RP)	0(0-25)	0(0-50)	0.624
интенсивность боли (BP)	32(22-46)	32(22-41)	0.828
общее здоровье (GH)	36(27-50)	40(35-50)	0.151
жизненная активность (VT)	45(35-52.5)	40(35-45)	0.260
социальное функционирование (SF)	62.5(50-62.5)	50(37.5-62.5)	0.561
эмоциональное состояние (RE)	33.3(0-66.6)	0(0-66.6)	0.758
психическое здоровье (MH)	50(40-64)	52(40-64)	0.724
ВАШ	7(6-7.5)	7(5-8)	0,665

Таблица 2. Значения SF-36 и ВАШ в зависимости от размера головки ПЖ

	Головка ПЖ < 40	Головка ПЖ 40	p
физическое функционирование (PF)	65(50-75)	57(42-90)	0,570
ролевая деятельность (RP)	25(0-50)	0(0-50)	0,504
интенсивность боли (BP)	31(12-51)	32(22-41)	0,418
общее здоровье (GH)	45(40-50)	40(30-50)	0,349
жизненная активность (VT)	45(35-50)	45(35-52)	0,807
социальное функционирование (SF)	50(50-62,5)	62(43,75-62,5)	0,712
эмоциональное состояние (RE)	66,6(0-100)	33,3(0-66,6)	0,274
психическое здоровье (MH)	48(40-64)	52(42-64)	0,599
ВАШ	7(6-8)	7(5,5-7,5)	0,486

и качество жизни не зависели от ширины главного панкреатического протока и размера головки ПЖ.

Литература:

1. Incidence of chronic pancreatitis in the Czech Republic / P. Dite [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. - 2001. - Vol. 13. - P. 749-750.

2. Pancreatology / P. Levy [et al.]. - 2004. - Vol. 4. - P. 182

3. Buchler, M. W. Pancreas / M. W. Buchler, W. Uhl. - Malfrather Erkrankungen: Basel [et al.], Karger, 1996. - S. 186.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Щастный А.Т., Кугаев М.И.,

Сятковский А.Р., Лярский С.П.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",

Витебский областной научно-практический центр "Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы",

УЗ "Витебская областная клиническая больница",

г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Целью хирургического лечения ХП является снижение боли, устранение панкреатитасоцированных осложнений прилежащих тканей и органов, а также сохранение экзокринной и эндокринной функций ПЖ.

Применяемые в настоящее время вмешательства

принято делить на дренирующие и резекционные. При наличии обструкции ГПП часто используется латеральная панкреатикоюностомия (Partington-Rochelle) - операция достаточно простая и дающая хорошие непосредственные результаты, но неудовлетворительные отдаленные. Прежде всего, эти методы показаны, если имеется значительное расширение протоковой системы (>7мм), что отмечается менее, чем в 25% случаев [1].

У большинства пациентов (>75%) имеется увеличение головки ПЖ за счет воспалительного массива и вторичная обструкция панкреатического протока [2]. У таких пациентов дренирующие операции не приводят к улучшению клинической симптоматики, и им показаны резекционные методы. В таких случаях выполняется панкреатодуоденальная резекция (ПДР), обеспечивающая удаление воспаленных тканей и адекватное дренирование оставшейся части ПЖ [3], и менее травматичной резекции головки ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки, которая была разработана и предложена Н.Г. Вегер [2].

Цель. Оценка непосредственных результатов хирургического лечения больных хроническим панкреатитом

Материал и методы. В Витебском областном научно-практическом центре "Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы" прооперирован 201 пациент с хроническим панкреатитом (мужчин-176, женщин-25, средний возраст 43,5±8,5). ПДР выполнена - 59, операция Frey - 13, операция Вегер - 102, Бернский вариант операции Вегер - 27. Средняя продолжительность болезни с момента постановки диагноза составляла 28,4 месяца. Из 201 пациента осложнения хронического панкреатита в виде псевдокист выявлены у 51 (25,3%), механическая желтуха у 34 (16,9%), билиарная гипертензия у 15 (7,4%), стеноз двенадцатиперстной кишки у 28 (13,9%),

портальная гипертензия у 37 (18,4%), вируснолитиаз у 27 (13,4%), кальциноз ПЖ у 27 (13,4%). Сахарный диабет в дооперационном периоде диагностирован у 20 больных (10%).

Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения развились у 69 (34,3%) пациентов. После операции Бегера у 22 (21,5%) пациентов, после ПДР у 39 (66,1%), Бернская модификация - 7 (25,9%), операция Фрея - 1 (7,7%). Повторные операции потребовались 19 (9,5%) больным. Общая послеоперационная летальность составила 7 (3,4%). Причинами летальности явились: острая сердечная недостаточность у 2 больных (ПДР), ТЭЛА - 1 (ПДР), панкреонекроз - 2 (ПДР), гнойный холангит, абсцессы печени, сепсис - 1 (операция Бегера), несостоятельность панкреатоеюноанастомоза, перитонит, сепсис - 1 (Бернская модификация). При ПДР интраоперационная гемотрансфузия была статистически значимо больше, чем в остальных группах ($p < 0,05$). В группе пациентов, которым выполнено ПДР лечение в РАО статистически значимо продолжительнее, чем в остальных

группах ($p < 0,05$). После ПДР лечение в РАО статистически значимо продолжительнее, чем в остальных группах ($p < 0,05$). Число осложнений статистически значимо выше после панкреатодуоденальной резекции (66,1%) ($p < 0,05$).

Выводы. Дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ рассматривается как операция выбора у пациентов с хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки ПЖ

Литература:

1. Greenlee, H. B. Long-term results of side-to-side pancreaticojejunostomy / H. B. Greenlee, R. A. Prinz, G. V. Aranha // *World J. Surg.* - 1990. - Vol. 14, N 1. - P. 70-76.
2. Duodenum-Preserving Head Resection in Chronic Pancreatitis Changes the Natural Course of the Disease A Single-Center 26-Year Experience / Hans G. Beger [et al.] // *Annals of Surgery.* - 1999. - Vol. 230, N 4. - P. 512-523.
3. Pancreatoduodenectomy for chronic pancreatitis: long-term results in 105 patients / G. H. Sakorafas [et al.] // *Arch. Surg.* - 2000. - Vol. 135, N 5. - P. 517-523. - Disc. 523-524.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

Батвинков Н.И., Божко Г.Г.

УО "Гродненский государственный медицинский университет",

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Вопросы хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости многие десятилетия служат предметом острых дискуссий, что обусловлено разнообразием причин возникновения и развития заболевания, которое может иметь характер как самостоятельного страдания, так и сочетаться с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим панкреатитом, патологией желчевыводящих путей [1, 2]. До сих пор существует много спорного в определении показаний к оперативному вмешательству и выбору способа операций.

Цель. Совершенствование лечения больных хронической дуоденальной непроходимостью на основе ретроспективной оценки результатов хирургических вмешательств.

Материал и методы. Хирургическому вмешательству по поводу хронического нарушения дуоденальной проходимости подвергнуто 29 больных, среди которых мужчин было 11, женщин - 18. Возраст пациентов колебался от 15 лет до 61 года, при этом независимо от пола у большинства (18) из них он не превышал 36 лет. Таким образом, указанное заболевание наблюдалось преимущественно у лиц молодого возраста. У 15 больных хроническая дуоденальная непроходимость сочеталась с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, при этом 11 из них ранее подвергнуты резекции желудка или ваготомии с дренирующей операцией. Заболевания желчевыводящих путей имело место у 3 больных, которые в прошлом перенесли холицистэктомии. Выраженный дуоденостаз с болевым синдромом наблюдался у пациентов (4) с хроническим панкреатитом. Другими причинами нарушения дуоденальной проходимости были лейомиома двенадцатиперстной кишки, ангиолейома дуоденоюнального угла, коллезная язва начального отдела тощей кишки, лимфогрануломатоз с поражением последней, кольцевидная поджелудочная железа, анатомические особенности двенадцатиперстной кишки. В одном случае у пациента 15 лет установить причину дуоденостаза не удалось, при этом по утрам у него отсасывали из желудка до 10 литров содержимого. Все больные до операции проходили тщательное обследование и предоперационную подготовку.

Результаты и обсуждение. Первичные или повторные (реконструктивные) резекции желудка по Ру произведены у 20 больных. Гастроэнтероанастомоз формировался конец в конец или конец в бок, чаще однорядным узловым швом. У больной синдромом Золлингера-Эллисона после операций резекции желудка (1984 г.),

стволовой ваготомии с гастроэнтероанастомозом (1988 г.), которые производились в других учреждениях, продолжал прогрессировать дуоденостаз (мегадуоденум) с резким болевым синдромом, поэтому была выполнена повторная резекция желудка с двойным выключением двенадцатиперстной кишки и наложением дуоденоюноанастомоза. Через полгода образовалась пептическая язва отводящей петли, по поводу которой выполнена наддиафрагмальная стволовая ваготомия с хорошим отдаленным результатом. Особый интерес представляет редкий вариант высокого расположения дуоденоюнального угла врожденного характера, приведшего к декомпенсированному дуоденостазу, при этом больной в клиниках Минска и Вильнюса было отказано в операции. Произведенная нами резекция желудка по Ру привела к полному излечению. Аналогичный результат после указанной операции получен у больной 15 лет. Три года назад в детской клинике ей был выполнен висцеролиз по поводу гастростаза, однако в последующем дуоденостаз прогрессировал, из желудка аспирировали до 8-10 литров жидкости, что потребовало повторной операции. В одном случае восстановлена проходимость двенадцатиперстной кишки после ее резекции по поводу лейомиомы. При патологических процессах в начальном отделе тощей кишки у 4 пациентов произведена резекция дуоденоюнального угла с формированием дуоденоюноанастомоза конец в конец. После указанных оперативных вмешательств у всех больных получен положительный эффект, отсутствуют клинические проявления нарушения дуоденальной проходимости.

Выводы. Методика операции при механической форме хронической дуоденальной непроходимости зависит от причины заболевания. При планировании операции следует исходить из принципа строго индивидуального выбора способа оперативного вмешательства, среди которых чаще применяется резекция желудка по Ру и реже операции, направленные на сохранение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке.

Литература:

1. Гарелик, П. В. Хроническая дуоденальная непроходимость в сочетании с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / П. В. Гарелик, К. Н. Жандаров. - Гродно, 2001. - 194 с.

2. Нестеренко, Ю. А. Хроническая дуоденальная непроходимость / Ю. А. Нестеренко, В. А. Ступин, А. В. Федоров. - М., 1990. - 238 с.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА

Берещенко В.В., Шебушев Н.Г., Борсук А.Д.,
Аничкин В.В., Богданович В.Б.
УО "Гомельский государственный медицинский
университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Известно, что полиповидные образования желудка относятся к предраковым состояниям, что зависит от их гистологической структуры, размера, количества и эпителиальной дисплазии. Так, отмечено, что при диаметре полипа до 1 см малигнизация выявляется в 5% случаев, а свыше 3 см - в 10 раз чаще.

Цель. Изучение частоты, характера, структуры доброкачественных полиповидных образований в желудке.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ выявления и эндоскопического лечения пациентов с полиповидными доброкачественными образованиями желудка за 2009 год.

Результаты и обсуждение. На 4608 произведенных эзофагогастродуоденоскопий доброкачественные полиповидные образования выявлены у 198 (4,3%) пациентов. Женщин было 141 (71,21%), мужчин - 57 (28,79%). По возрастному составу выявление полипов распределилось следующим образом: пациентов, возраст которых не превышал 20 лет было трое (1,52%), в возрасте от 20 до 30 лет - 3 (1,52%), от 30 до 40 лет - 9 (4,54%), от 40 до 50 лет - 26 (13,13%), от 50 до 60 лет - 65 (32,83%), от 60 до 70 лет - 48 (24,24%), от 70 до 80 лет - 41 (20,70%), старше 80 лет - 3 (1,52%) пациента. Средний возраст составил $58,28 \pm 12,85$ (M; SD).

Один полип встречался у 142 (71,72%) пациентов, два полипа - у 31 (15,65%), три - у 5 (2,53%), множественные полипы - у 18 (9,09%), полипоз желудка у двух (1,01%) пациентов. Широкое основание полипа было в 191 (96,47%) случае, узкое - в 7 (3,53%).

У 19 (9,59%) пациентов размер полипов не превышал 3 мм; от 0,3 см до 0,5 см в диаметре - выявлены у 74 (37,38%) больных; от 0,51 до 1 см - у 88 (44,44%); полипы более 1,0 см были у 17 (8,59%) пациентов.

Полипы чаще были локализованы в антральном отделе желудка - 97 (48,98%) случаев, далее по частоте поражалась нижняя треть тела желудка - 37 (18,69%), кардиальный отдел - 14 (7,07%), субкардиальный отдел желудка - 12 (6,06%), верхняя треть тела желудка - 11 (5,56%), средняя треть тела желудка - 10 (5,05%). В области дна полипы выявлены у трех пациентов. Одновременно в антральном отделе и нижней трети тела желудка полипы были у троих пациентов. По одному случаю соответственно приходилось на сочетанное поражение антрального отдела и средней трети тела желудка, антрального отдела и верхней трети тела желудка, антрального и кардиального отдела, кардиального отдела и нижней трети тела желудка, нижней трети и верхней трети тела желудка. Один случай поражения пилорического отдела. Полипы в области гастроэнтероанастомоза выявлены у трех

пациентов. Поражение всех отделов было при полипозе желудка у двух пациентов.

Была произведена биопсия всех полиповидных образований желудка. Гиперпластические полипы выявлены у 116 (58,59%) пациентов, аденоматозные - у 34 (17,17%). Сочетание одновременно гиперпластических и аденоматозных полипов было в двух случаях. У пяти пациентов гистологическое заключение описано как гиперплазия эпителия, у 41 (20,71%) - как гастриты разной степени активности с гипер- или метаплазией эпителия.

Эндоскопическая полипэктомия была произведена у 51 (25,76%) пациента. Осложнений не было.

Выводы.

1. Доброкачественные полиповидные образования в желудке встречаются чаще у людей старше 50 лет - 79,79%.

2. Полипы преимущественно локализуются в антральном отделе и в нижней трети тела желудка - 67,67%. В большинстве своём это единичные поражения - 89,9%.

3. В 23,23% случаев полиповидные образования гистологически являлись гиперплазиями и метаплазиями эпителия слизистой желудка, что требует дальнейшего изучения и анализа.

4. Низкую оперативную активность мы связываем с непосредственными результатами гистологического исследования, плохой информированностью населения о возможных злокачественных трансформациях полипов желудка.

ТРИ ВАРИАНТА ФУНДОЭЗОФАГОКРУРОРАФИИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Бовтюк Н.Я., Рычагов Г.П.

УО "Белорусский государственный медицинский
университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Необходимость коррекции кардии у больных ГЭРБ и отсутствие удовлетворительного метода для этой цели, особенно в случае недостаточности кардии, халазии и небольших грыж, побудили нас к разработке собственных методик.

Материал и методы. В основу работы положены результаты комплексного обследования 316 больных, оперированных по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Для лечения ГЭРБ мы разработали и применили в клинике 3 варианта фундоэзофагокруорографии (ФЭКР).

I-й вариант.

Его выполняли следующим способом: двумя узловыми швами из нерассасывающегося шовного материала, начиная от кардии сверху, захватывали переднюю стенку фундального отдела желудка, переднебоковую стенку пищевода справа и фиксировали к правой ножке диафрагмы, причем в шов захватывали рассеченную по ходу ревизии пищеводно-диафрагмальную связку. Третьим швом дно желудка фиксировали к переднему краю пищевода.

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 передне-боковую 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-й и III-й вариант мы использовали при наличии малых и средних размеров грыж ПОД.

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 всех этих больных жалобы исчезли после консервативного лечения.

У 110 (95,7%) из 115 обследованных больных были получены отличные и хорошие отдаленные результаты.

Выводы. Предложенные нами 3 варианта ФЭКР для лечения ГЭРБ являются простыми для технического исполнения, устраняют основные патофизиологические механизмы данной патологии и позволяют в подавляющем большинстве случаев добиться отличных и хороших результатов в ближайшем и отдаленном периодах.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ХОЛЕЦИСТИТАХ

Бовтюк Н.Я., Фицнер А.С.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

УЗ "3 ГКБ им. Е.В. Клумова"

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Камни жёлчного пузыря встречаются у 10% населения нашей страны, а холецистэктомия по праву лидирует среди всех операций, выполняемых в отделениях общехирургического профиля.

Последнее десятилетие гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является объектом исследований

ученых высокоразвитых стран, во многом из-за многочисленных ее проявлений - масок, таких, как рефлюксный кашель, ларингит, астма и др., а также рефлюкс-эзофагит (4-16%), пищевод Барретта, аденокарцинома. ГЭРБ является одним из наиболее распространенных в мире кислотозависимых заболеваний. Частоты встречаемости в популяции составляет 14-20% [2].

В тоже время исследования ряда авторов показали, что у 30% оперированных по поводу калькулезного холецистита, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и рефлюкс-эзофагит остаются без коррекции [3].

Цель. Изучить проявление и течение ГЭРБ у больных с патологией желчных протоков и с калькулезным холециститом.

Материал и методы. Основу работы составили материалы обследования и анкетирования больных с острым и хроническим калькулезным холециститом - 81, с механической желтухой различного генеза - 84, находившихся на лечении в хирургическом отделении 3-й ГКБ им. Е.В. Клумова г. Минска в 2007-2010 гг. Из них 35 (21%) мужчины, 130 (79%) женщины.

Результаты и обсуждение. Эндоскопически и клинически ГЭРБ у пациентов с калькулезным холециститом, которым предстояла холецистэктомия, встретилась у 19 (23%) из 81. При ЭГДС рефлюкс-эзофагит был выявлен у 11 (13%), а недостаточность кардии наблюдалась у 25 (30%) из 81.

Отметим, что чаще ГЭРБ у больных с ЖКБ выявляется в группе пациентов работоспособного возраста 41-60 лет 12 (30%) из 40.

Через полтора года после холецистэктомии уменьшение клиники ГЭРБ и полную ремиссию симптомов отметили 4 (21%) из 19 имевших ГЭРБ до операции, а у 9 (15%) из 62, обнаружена манифестация симптомов ГЭРБ, до операции не проявлявшихся.

Отметим, что у пациентов с механической желтухой, общий билирубин в крови которых был выше 150 мкмоль/л, недостаточность кардии имела место у 18 (75%) из 24. Частота рефлюкс-эзофагитов при ЭГДС и симптомов ГЭР у пациентов данной группы составила 6 (25%) из 24. У пациентов общий билирубин в крови которых не превышал 150 мкмоль/л, недостаточность кардии при ЭГДС выявлена у 23 (38%) из 60. Частота рефлюкс-эзофагитов при ЭГДС и симптомов ГЭР у пациентов данной группы составила 14 (23%) из 60.

Частота эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ у пациентов с желтухой, выявленная на ЭГДС, составила 18 (23%) из 84.

Нами было определено содержание кислорода в венозной крови на предмет тканевой гипоксии во время механической желтухи как один из возможных вариантов, влияющих на функцию нижнего пищеводного сфинктера и приводящий к ГЭРБ. Кровь на содержание кислорода в венозной крови была взята у 31 пациента. Установлена обратно пропорциональная зависимость уровня парциального давления кислорода в венозной крови от уровня общего билирубина. Наблюдалось значительное снижение парциального давления кислорода (от 25 до 18 мм рт.ст. при норме в 35-40 мм рт.ст.) у пациентов общий билирубин в крови которых превышал 150 мкмоль/л.

Выводы. Пациентам с наличием эндоскопических

предпосылок, таких, как аксиальная ГПОД, недостаточность кардии и халазия кардии и симптомов ГЭРБ, беспокоящих больного, необходима корректирующая симулянтная операция на кардии наряду с холецистэктомией в эндоскопическом или традиционном варианте.

При лечении больных с механической желтухой необходимо учитывать наличие дуоденогастроэзофагеального рефлюкса, дополняя малоинвазивные эндоскопические и хирургические методы адекватной консервативной терапией, что позволит снизить частоту эрозивно-язвенных поражений ВОПТ как одну из причин летальности послеоперационных больных.

С усилением холестатического синдрома снижается парциальное давление кислорода крови, что может расцениваться как один из механизмов патогенеза частого образования эрозий и язв ВОПТ.

Литература:

1. Шотт, А. В. Курс лекций по частной хирургии / А. В. Шотт, В. А. Шотт. - 2004. - 528 с.
2. AGA institute technical review on the management of gastroe-sophagel reflux disease // *Gastroenterology*. - 2008. - Vol. 135. - P. 1392-1413.
3. Пучков, К. В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / К. В. Пучков, В. Б. Филимонов. - 2003. - 172 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ПЛИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГЭРБ)

*Бовтюк Н.Я., Хотиловская И.И.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "3-ГКБ им. Е.В. Клумова",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. XXI век можно смело назвать "веком малоинвазивной хирургии", и естественно взор врачей не пропустил и ГЭРБ, тем более, что эндоскопические операции сопровождаются относительно невысокой частотой интраоперационных осложнений и отвечают двум основным задачам хирургического лечения ГЭРБ:

1. Восстановление анатомического и функционального состояния нижнего пищеводного сфинктера (НПС).
2. Быстрая реабилитация пациентов в послеоперационном периоде и возвращение их к обычному образу жизни.

Цель. Определение групп пациентов, которым показана эндоскопическая внутрипросветная (транслюминальная) пликация.

Задачи. Определение возможностей эндоскопической внутрипросветной пликации больным, которым выполнено сочетанное вмешательство при язвенной болезни (ЯБ), желчнокаменной болезни (ЖКБ) и при неэффективности консервативного лечения.

Материал и методы. В основу работы положены:

1) результаты лечения больных с ЯБ, которым выполнены сочетанные вмешательства из открытого доступа (n=247).

2) анализ результатов лечения больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и ГЭРБ, у которых выполнялось сочетанное лапароскопическое вмешательство (n=14).

3) анализ консервативного лечения ГЭРБ при наличии различного сочетания хирургической патологии (n=46).

Результаты и обсуждение. Сложность проблемы лечения ГЭРБ состоит не столько в том, чтобы купировать имеющиеся воспалительные изменения в слизистой пищевода, сколько в устранении основного заболевания, послужившего причиной развития этих изменений. А если учесть, что консервативная терапия даже при применении современных лекарственных средств, по мнению большинства авторов, даёт только временный эффект, то это подводит нас к выводу, что радикальным лечением является хирургическое.

К критериям отбора для проведения эндоскопического лечения при наличии сочетанной хирургической патологии с учетом литературных данных мы отнесли:

1. Типичные рефлюксные симптомы.
2. Ответ, как минимум частичный, на терапию ИПП.
3. Патологические изменения по данным суточной рН-метрии пищевода.
4. Отсутствие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).
5. Канцерофобия.
6. Умеренная, неосложненная ГЭРБ.
7. Отсутствие тяжелой сопутствующей патологии.
8. Отсутствие ожирения 3ст. и выше.

Согласно критериям отбора для проведения эндоскопического лечения из анализируемых нами групп больных, транслюминальная коррекция имеющейся патологии с выполнением эндоскопической внутрипросветной пликации, химической ваготомии и баллонной дилатации может быть выполнена:

- в группе больных с ЯБ в 56 случаях;
- в группе больных с холециститами в 10 случаях;
- в группе с неэффективным консервативным лечением в 28 случаях.

Выводы.

1. Роль эндоскопической внутрипросветной пликации малоизучена, на что указывает отсутствие публикаций в РБ о собственных исследованиях, а также небольшой объём публикаций в зарубежной литературе.

2. При наличии в лечебных учреждениях назогастральных эндоскопов, при использовании которых практически отсутствует рвотный рефлекс у исследуемых больных, возможен контакт с больным и нет ограничений по времени проведения процедуры, возможности эндоскопической внутрипросветной пликации будут расширены и пересмотрены противопоказания к её выполнению.

3. В проанализированных нами группах эндоскопическая пликация в сочетании с другими эндоскопическими вмешательствами показана в 30,6% случаях.

Литература:

1. Шептулин, А. А. Современная стратегия лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. А. Шептулин // *Клин. персп. гастроэнтерол., гепатол.* - 2003.

2. Синева, К. В. *Критерии эндоскопической диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: автореф. ... дис. канд. мед. наук / К. В. Синева; ГУ СПбГПМА. - СПб., 2006. - 21 с.*

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА КИШЕЧНИКА В ХИРУРГИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА

Бойко В.В., Савви С.А., Тарабан И.А.,
Лазирский В.А., Лыхман В.Н.
ГУ "Институт общей и неотложной
хирургии АМН Украины",
г. Харьков, Украина

Актуальность. Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении рака желудка, результаты лечения остаются неудовлетворительными [1]. Частота развития послеоперационных осложнений варьирует от 16,3 до 38,0%, летальность - от 4,3 до 11,1%, а показатели 5-летней выживаемости после радикальных вмешательств не превышают 26,5 - 56,0% [2].

Цель. Изучение результатов хирургического лечения больных с осложненным местнораспространенным раком желудка, а также использования илеоцекального сегмента при эзофаго - и гастропластике.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 156 больных с осложненным местнораспространенным раком желудка, находившихся на лечении в ГУ ИОНХ АМНУ с 1998 г. по 2009 г. в возрасте от 29 до 86 лет. Средний возраст составил $62,9 \pm 7,0$ года. Мужчин было 99 (63,5%), женщин - 57 (36,5%). По морфологическому строению преобладали больные с низкодифференцированной аденокарциномой (75 больных). У всех больных выявлено распространение опухоли на близлежащие органы: поджелудочную железу - у 58 (37,1%), мезоколон и ободочную кишку - у 39 (25,0%), пищевод - у 22 (14,1%), печень - у 11 (7,1%), селезенку - у 6 (3,8%), двенадцатиперстную кишку (ДПК) - у 5 (3,2%), и инвазия в несколько органов - у 15 (9,6%) больных. Течение основного заболевания осложнилось кровотечением у 102 (65,4%) больных, стенозом - у 30 (19,2%), перфорацией - у 8 (5,1%), и их сочетанием - у 16 (10,3%).

Результаты и обсуждение. Нами разработана двухэтапная хирургическая тактика с использованием малоинвазивных методов гемостаза. Временный эндоскопический гемостаз достигнут у 29 (18,5%) больных с последующей отсроченной операцией. Выполнение рентгенэндоваскулярного гемостаза проведено у 18 (11,5%) больных в качестве первого этапа хирургического лечения, а у 13 (8,3%) больных явилось самостоятельным методом лечения. Радикальные оперативные вмешательства выполнены у 49 (31,4%) больных, у 107 (68,6%) - паллиативные и симптоматические операции. У 36 (23,0%) пациентов операции выполнены по

жизненным показаниям в связи с развитием рецидива кровотечения в клинике, по поводу продолжающегося кровотечения при неэффективности консервативных методов гемостаза, либо сочетания кровотечения и перфорации (14 больных). При перфорации опухоли радикальное оперативное вмешательство выполнено только у 4 (2,5%) больных, паллиативные резекции желудка - у 6 (3,8%), симптоматические операции - у 4 (2,5%) больных. Из 22 (14,1%) больных оперированных на высоте кровотечения радикальные оперативные вмешательства выполнены у 4, послеоперационные осложнения возникли у 12 (7,6%), умерло - 11 (7,1%) больных. Паллиативные резекции желудка выполнены у 24 (15,4%) больных в качестве основного оперативного вмешательства при запущенных формах заболевания. Еще в 18 (11,5%) наблюдениях на 1 этапе применяли паллиативные резекции, радикальное же оперативное лечение выполняли в отсроченном и раннем плановом периодах. Симптоматические операции выполнены у 6 (3,8%) больных. У 49 (31,4%) больных нами выполнены комбинированные гастрэктомии с лимфодиссекцией в объеме D 2 - 3. Комбинированная гастрэктомия с резекцией поджелудочной железы в сочетании со спленэктомией и без нее выполнена у 20 больных, с резекцией поперечной ободочной кишки и ее брыжейки - у 17, пищевода - у 9, печени - у 3 больных.

У 12 больных с прорастанием опухоли желудка в поперечную ободочную кишку нами выполнена разработанная в клинике комбинированная гастрэктомия с резекцией поперечноободочной и восходящей ободочной кишкой и опухолью в одном блоке с последующей эзофагогастропластикой илеоцекальным сегментом кишечника на сосудистой ножке (a. ileocolica). Наличие изоперистальтической реконструкции и баугиниевой заслонки в трансплантате создавало хорошие условия для функционирования трансплантата, перемещенного в желудочную позицию, предупреждение дуоденоилеоэзофагеального рефлюкса. В зависимости от проксимального распространения опухоли, операцию выполняли из абдоминального доступа или из комбинированных трансабдоминального и трансторакального доступов (с расположением трансплантата в левой плевральной полости по Гарлоку-Сюиту, или внутриплеврально справа по Льюису).

Послеоперационные осложнения возникли у 77 больных (49,3%), послеоперационная летальность составила 17,3% (27 больных). При этом отмечено, что наиболее частые интраабдоминальные осложнения в виде кровотечения (у 24 больных), несостоятельности анастомоза (11 случаев), острого панкреатита (13 наблюдений) и бронхопульмональные осложнения (15 случаев) отмечены у больных, оперированных в ургентном порядке.

Выводы. Таким образом, наличие врастания опухоли в соседние органы у больных с осложненным раком желудка не является противопоказанием к выполнению комбинированных и сочетанных оперативных вмешательств, так как радикальные операции позволяют надежно купировать фатальные опухолевые осложнения и тем самым улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения. Улучшению качества жизни оперированных больных может способствовать выполнение

гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника с включением в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки и созданием антирефлюксного механизма, что нуждается в дальнейшем изучении.

Литература.

1. Бондарь, В. Г. Комбинированное вмешательство по поводу местнораспространенного рака дистального отдела желудка / В. Г. Бондарь // *Клінічна хірургія*. - 2004. - № 1. - С. 24-26.

2. Черноусов, А. Ф. Хирургия рака желудка / А. Ф. Черноусов, С. А. Поликарпов, Ф. А. Черноусов. - М.: Изд-во АТ, 2004. - 336 с.

НОВЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Гарипов Р.М., Авзалетдинов А.М., Трофимов В.А., Исмагилов Ф.Ш., Ионис Е.Ю., Чижиков А.В.
Клиники Башкирского государственного медицинского университета,
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Диагностика, лечение и реабилитация больных с гастроэзофагорефлюксной болезнью (ГЭРБ) остается важной проблемой современной медицины. По данным литературы, частота и наличие симптомов ГЭРБ у больных терапевтического профиля встречается у 30-40 % населения, среди которого нуждаются в постоянном медикаментозном лечении 25 %, а 15% в хирургическом (Кубышкин В.А., Корняк Б.С., 1998, 1999; Champion J.K., 2000; Hunter J.G., Swanstrom L., Waring J.P., 1996). В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь по частоте признана лидирующим заболеванием в гастроэнтерологии. К примеру, как показали массовые исследования американских гастроэнтерологов Nebel O.T., Fornes M.F., Castell D.O., проведенные в 1976 г., практически 36% взрослого населения США отмечает симптомы заболевания не реже одного раза в месяц.

Единственным методом, позволяющим восстановить функцию кардиального сфинктера и устранить гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) с его последствиями, является выполнение антирефлюксных операций (Тимошенко В.О., 2002; Кукош М.В., Петров М.С., 2004; Чернооков А.И., Лишов Д.Е., 2004).

Цель. Разработка нового доступа при хирургическом лечении гастроэзофагорефлюксной болезни.

При выполнении операции лапаротомным доступом положительным моментом являются: манипуляции, проводятся руками хирурга, имеется возможность выполнения задач вмешательства при всех вариантах ГЭРБ, выполнение классической операции Ниссена в любых стационарах вне зависимости от технической оснащенности хирурга. Однако при этом возникают трудности у больных с избыточным весом, высока травматичность вмешательства и немаловажным является косметический эффект при выполнении практически пластического внутрибрюшного вмешательства. При

выполнении лапароскопической операции достигается косметический эффект, при выполнении манипуляций возможна более точная работа с тканями за счет оптического увеличения при визуальном контроле. Количество этих вмешательств за последний период практически вытеснило открытые хирургические вмешательства. При этом в литературе описываются и осложнения при этих вмешательствах в виде пневмотораксов. Даются оценки возможности выполнения классической операции Ниссена. Наиболее часто выполняется операции по методике Туре.

Материал и методы. Нами выполнено 32 операции через минилапаротомный доступ. Средний возраст больных составил $41 \pm 3,4$ года. Подавляющую часть пациентов составили лица трудоспособного возраста от 25 до 55 лет. Мужчин было 23, женщин 9. Среди пациентов основные жалобы составляли боли в эпигастрии при еде, изжога, отрыжка. У 80% пациентов были явления эрозивного эзофагита, обусловленные рефлюксом содержимого желудка в пищевод. У всех больных после проведения диагностических мероприятий диагностированы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы 2-3 степени. У одного больного грыжа пищеводного отверстия диафрагмы сочеталась с желчнокаменной болезнью.

Результаты и обсуждение. Всем больным выполнено вмешательство через минилапаротомический доступ. В случае сочетания с желчнокаменной болезнью выполнена симультантная операция, холецистэктомия, без использования дополнительных разрезов. У 12 больных (37,5%) выполнена крурорафия. Из них у 4 (33,3%) больных задняя крурорафия. У 8 (66,6%) - передняя крурорафия.

У всех больных отмечался хороший клинический эффект. Контрольные исследования в виде рентгенографии пищевода и желудка свидетельствовали о правильном анатомическом нахождении манжеты и выполнении ею своей функции. У одного больного отмечалась дисфагия 2 ст. в течение 2 недель. После проведенного консервативного лечения наступило улучшение. Контрольные исследования ФГС и рентгенография пищевода и желудка показали стандартные послеоперационные результаты.

На этапе освоения метода в двух случаях проведена конверсия в верхнесрединный доступ.

Выводы.

1. Минилапаротомный доступ может быть применен у больных с ГЭРБ при выполнении операции Ниссена.

2. Минилапаротомный доступ, сохраняя преимущества малоинвазивных методов, позволяет использовать стандартные хирургические навыки общего хирурга, без обучения его эндоскопическим манипуляциям.

ПЕРВИЧНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СТЕНОЗЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА (ГИПО- И АГАНГЛИОЗ)

Гришин И.Н., Лобко П.И., Бордаков В.Н.,
Перельгин Я.Л., Бочко В.Н., Чур Н.Н., Руденок В.В.,
Тихон В.К., Лагодич С.Н., Лой А.В.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
УО "Белорусский государственный медицинский
университет", Белорусский военный клинический
центр,
"Минская областная клиническая больница"
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Поражения ауэрбаховских и мейснеровских ганглиев в стенках пищеварительного тракта приводят к функциональным нарушениям по типу стенозирования. Эти поражения чаще всего локализуется в области естественных клапанных аппаратов, вызывая соответствующую клиническую картину функционального стеноза (ахалазия кардии пищевода, стеноз пилородуоденального канала, дуоденостаз, колостаз, афункциональное слепой кишки, ректосигмоидный переход, болезнь Гиршпрунга, ректоцеле и др.). Достаточно обоснованных методик лечения этой патологии не имеется.

Цель. Определить особенности и общность их клинического течения, принципы хирургического лечения в зависимости от локализации патологического процесса (гипо-, аганглиоза).

Материал и методы. Подвергнуты анализу 320 больных с органическими и функциональными стенозами различной локализации. Основными методами исследования являлись клинический анализ, проведение рентгенологических исследований, а в последнее время морфологические специальные исследования иннервации препилорического и пилорического отделов желудка, 12-перстной кишки.

Результаты и обсуждение. С учетом данных литературы нами установлена общая закономерность морфологических и клинических проявлений гипо- и аганглиоза пищеварительного канала. Первое: ослабление или полное отсутствие моторики участка пищеварительного тракта перед пораженным сфинктером. Второе: патологическое расширение просвета указанного участка с перегибом его. Это всегда усугубляет стенозирующий эффект пораженного участка при полном сохранении его просвета. Третье: клиническое, неадекватное афункциональное сфинктера, в области которого имеется перегиб пищеварительной трубки. Именно все это обуславливает степень стенозирования. Интересно то, что эти изменения могут носить мультифокальный характер. Не учитывание этого обстоятельства является одной из причин неудач хирургической коррекции функциональных стенозов.

Ахалазия кардии. При первой - третьей степенях (по Б.В. Петровскому) достаточным было расправление перегиба в области кардии и кардиоластика по Т.А. Суворовой или по Дору. При четвертой степени такого вмешательства было недостаточно, так как оставался

расширенный участок пищевода. В 1987 году (И.Н. Гришин) нами разработана методика трансторакальной дубликации пищевода по типу операции Ниссена, но с одновременным формированием продольного (в нашей модификации) фундозофагоанастомоза по С.С. Юдину. Получен хороший результат.

Функциональные стенозы пилородуоденального канала. Это менее всего изученная патология. Наши предварительные результаты исследований показали наличие аганглиоза препилорического, пилорического отделов желудка. 11 больным выполнены органосохраняющие вмешательства с расправлением угла провисания с помощью разработанной нами модификации операции Ниссена с перемещением желудка за пищевод, созданием специальной площадки для опорожнения большой желудочной манжетки от содержимого её, а так же обязательным уменьшением объёма желудка его дубликацией. Получен хороший результат.

Дуоденостаз. Уменьшение объёма просвета 12-перстной осуществлялось максимальным иссечением передней стенки и замещением её анастомозом с отключенной петлей тонкой кишки по Ру.

Целоцеле. Наилучшим методом является рациональная правосторонняя колоэктомия с формированием инвагинационного илеотрансверзоанастомоза. Всякая фиксация акинетической слепой кишки сомнительна или малоэффективна.

При распространенной акинезии толстой кишки часто показана субтотальная колоэктомия, при условии хорошего функционирования дистальных отделов прямой кишки. Особо в таких ситуациях решается объём хирургического вмешательства при болезни Гиршпрунга.

Ректоцеле. Первый опыт комбинированного хирургического лечения показал его эффективность. Кроме дубликации передней стенки прямой кишки, произведена задняя дозированная сфинктеротомия внутреннего сфинктера прямой кишки по Рыжих.

Выводы. При функциональных первичных стенозах общим в хирургическом лечении является:

- 1) устранение патологического расширенного участка;
- 2) создание благоприятного пассажа пищевых масс через пораженный аганглиозом сфинктер.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМИ ЯЗВЕННЫМИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ СТЕНОЗАМИ

Дзюбановский И.Я., Яворский А.М.
Государственное высшее учебное заведение
"Тернопольский государственный медицинский
университет имени И.Я. Горбачевского",
г. Тернополь, Украина

Актуальность. В последние годы наблюдается рост осложненных форм язвенной болезни, а именно

стенозирования исходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, что в 10-54 % случаев определяет показания к операционному лечению и сопровождается высоким уровнем послеоперационной летальности, которая составляет от 10 до 15 %. Поэтому выбор метода операционного лечения у данной категории пациентов является актуальным и дискуссионным [1-3].

Цель. Разработать показания к выполнению органосохраняющих и органосохраняющих оперативных вмешательств у больных с язвенными пилородуоденальными стенозами в стадии декомпенсации.

Материалы и методы. В клинике обследовано и прооперировано 84 больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом язвенного генеза в возрасте 19-80 лет. Мужчин было 86%, женщин - 14%. Проведены клинико-биохимические, рентгенологические, эндоскопические, морфологические, морфометрические методы исследования; ионобалонотензиокинезиография, сонография.

Результаты и обсуждение. Показания к применению конкретного метода операционного лечения обосновывались в зависимости от локализации стеноза, степени сохранения резервных возможностей моторно-эвакуаторной функции желудка, наличия и выраженности периязвенного локального инфильтрата. У 15% больных был обнаружен пилоростеноз, у 10,8% - стеноз на уровне луковицы двенадцатиперстной кишки с вовлечением в рубцово-язвенный процесс вратаря, без вовлечения вратаря - у 34% и дуоденостеноз за луковицей двенадцатиперстной кишки - у 40,2%.

Рентгенологическое исследование моторно-эвакуаторной функции желудка дополняли определением сократительной способности антрального отдела желудка в условиях медикаментозной нагрузки путем внутривенного введения 10 мг церукала. Установлено, что по мере нарастания степени стенозирования соотношение изменения моторной деятельности приближается в сторону гипотонии, уменьшение средней амплитуды, частоты сокращений было максимально выражено в стадии декомпенсации. Вместе с этим имело место закономерное превалирование моторики антрального отдела по сравнению с телом желудка. При декомпенсированном стенозе и при наличии резерва сократительной способности антрума выполняли органосохраняющую операцию типа ликвидации дуоденостеноза путем иссечения стенозирующей язвы, дуоденопластики, резекции гастродилатированного сегмента желудка с наложением терминального гастро-гастроанастомоза в сочетании с селективной проксимальной ваготомией. При отсутствии резервов сократительной функции антрума и выраженности гастродилатации выполняли классическую резекцию желудка. У больных преклонного и старческого возраста отдавали предпочтение дренирующим желудок операциям - гастроэнтероанастомозу по Петерсену в сочетании с селективной или стволовой ваготомиями.

Резекция желудка по Бильрот II была выполнена у 29 больных, у 19 больных - ликвидация пилородуоденостомоза в сочетании с селективной проксимальной ваготомией и дуоденопластикой, у 27 - резекция гастродилатированного сегмента желудка с дуоденопластикой и селективной проксимальной ваготомией и у 9

больных была выполнена стволовая ваготомия с гастроэнтероанастомозом по Петерсену.

В раннем послеоперационном периоде нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка наблюдались в 4 раза чаще после резекции желудка, чем после органосохраняющих и органосохраняющих операций. Благоприятный тип эвакуации был у 73% пациентов, отличные и хорошие результаты отмечали у 92,3% после органосохраняющих операций.

Выводы. Дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства у больных с декомпенсированными пилородуоденостенозами с тенденцией на выполнение органосохраняющих и органосохраняющих операций способствует улучшению ближайших и отдаленных результатов лечения.

Литература:

1. Пугаев, А. В. Лечение больных с пилородуоденальным стенозом / А. В. Пугаев, М. Г. Негребов, В. В. Соболев // Хирургия. - 2007. - № 10. - С. 23-27.
2. Черноусов, А. Ф. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. Ф. Черноусов, П. М. Богопольский. - М.: Медицина, 2000. - С. 88-90.
3. Кузин, М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М. И. Кузин // Хирургия. - 2000. - № 1. - С. 27-32.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО НИССЕНУ ПРИ АКСИАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Журавский В.П., Картавилов Г.М., Бураков А.П.
УЗ "Мозырская городская больница",
г. Мозырь, Республика Беларусь*

Актуальность. Роль хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью стала ясна еще около 40 лет назад. Современный этап связан с внедрением малоинвазивной хирургии. Стали развиваться лапароскопические методы хирургического лечения, позволившие значительно сократить послеоперационный период реабилитации, что увеличило заинтересованность к этим методам как врачей, так и пациентов. Кроме того, лапароскопические операции позволяли достичь наилучших результатов при наименьшем количестве возможных осложнений. Стали появляться многие варианты лапароскопических методик для лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Эффективность хирургического лечения была подтверждена результатами многих исследований. В частности, отдаленные результаты лапароскопических операций по поводу рефлюксной болезни, оценивались на протяжении 5 и более лет. При этом более 90%

пациентов, которым была выполнена лапароскопическая фундопликация, были удовлетворены результатами операции, хотя у части пациентов наблюдались некоторые побочные эффекты. Хирургическое лечение способствовало уменьшению таких симптомов заболевания, как изжога, боли в эпигастрии, регургитация, отрыжка, дисфагия, одинофагия, тошнота, рвота, ночной кашель, хрипы в легких. После лапароскопической фундопликации пациенты отмечают, что качество их жизни становится сравнимым со здоровыми людьми. После хирургического лечения пациенты требуют меньшего медицинского наблюдения. Основное время интенсивного наблюдения требуется в течение 3 месяцев до операции, когда пациентам проводится тщательное медицинское обследование. В то же время в стационаре пациенты, которым выполняется лапароскопическая операция, проводят всего около 3-4 дней. Хирургическое лечение в целом на 64% снижает необходимость медицинской помощи таким больным, особенно в течение первого года после операции. По данным исследований, эти осложнения развиваются достаточно редко (в 2-5%), в то время как улучшение самочувствия и исчезновение основных симптомов наблюдается более чем в 90% случаев. Кроме того, эффект после хирургического вмешательства сохраняется в течение довольно длительного времени.

Цель. Освоение лапароскопических антирефлюксных операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и пищеводно-желудочными кровотечениями, оценка позиционируемых преимуществ указанных вмешательств.

Материалы и методы. С 2009 г. по май 2010 г. в УЗ "Мозырская городская больница" оперировано 12 пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и пищеводно-желудочными кровотечениями. Из них мужчин - 10, женщин - 2; в возрасте от 31 до 58 лет. Все пациенты поступили в стационар с признаками желудочно-кишечного кровотечения, спустя 2-48 часов от начала заболевания. 2 пациентам при поступлении выполнялся инъекционный эндоскопический гемостаз, остальным пациентам проводилась консервативная терапия. 3 пациента в анамнезе имели эпизод пищеводно-желудочного кровотечения (синдром Меллори-Вейса). Длительность диспептических проявлений колебалась от 1 до 5 лет.

Результаты и обсуждение. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы и недостаточности кардиального сфинктера желудка наиболее широко используется операция крурорафии и фундопликации по Ниссену. Показанием к ее выполнению служат явления рефлюкс-эзофагита, язвы пищевода, неэффективность консервативной терапии. Возможность коррекции предраковых эрозивно-язвенных форм поражения слизистой оболочки пищевода посредством лапароскопического доступа также доказывает его бесспорное преимущество перед лапаротомией в хирургии пищеводно-желудочного перехода. Несмотря на это, лапароскопические антирефлюксные операции в нашей стране по-прежнему редки.

Всем 12 пациентам была выполнена задняя крурорафия с фундопликацией по Ниссену. 6 пациентам симуль-

танно было выполнено грыжесечение по Лексеру, 1 пациентке выполнена холецистэктомия по поводу хронического калькулёзного холецистита. Послеоперационный койко-день составил 5,8. Послеоперационных осложнений не было.

Вывод. Таким образом, в настоящее время грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью является одной из наиболее часто встречающихся патологий. Применение малоинвазивных хирургических операций позволяет добиться улучшения в лечении этого распространенного заболевания, и избегать ряд его осложнений.

Литература:

1. Ануфриев, А. М. Тезисы всесоюз. конф. по хирургии пищевода / А. М. Ануфриев, Т. В. Григорина-Рябова, В. М. Ефендиев. - М., 1983.
2. Балалыкин, А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А. С. Балалыкин. - М.: ИМА-пресс, 1996.
3. Калинина А.В. *Терапевтический архив* / А. В. Калинина. - 1996. - № 8. - С. 71-75.
4. Кубышкин, В. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / В. А. Кубышкин, Б. С. Корняк. - М., 1999.
5. Эндоскоп. хирургия / В. А. Кубышкин [и др.]. - 1998. - № 1. - С. 25.

МЕТОД ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

*Журбенко Г.А., Боуфалик Р.И., Карпицкий А.С., Панько С.В., Шестюк А.М., Вакулич Д.С.
УЗ "Брестская областная больница",
г. Брест, Республика Беларусь*

Актуальность. Ахалазия кардии (АК) является довольно редкой патологией пищевода. По литературным данным, частота не превышает 0,6-2,0 случаев на 100000 населения [1]. Тем не менее вопросы консервативного и хирургического лечения АК активно обсуждаются в медицинской печати, на специализированных интернет-форумах. Операцией выбора при АК является лапароскопическая кардиомиотомия по методике Геллера. Однако при выполнении кардиомиотомии, особенно в случае рубцовых изменений в зоне нижнего пищеводного сфинктера, возможен ряд осложнений. Это прежде всего перфорация пищевода (9,5%), послеоперационная дисфагия (4,7%), гастроэзофагеальный рефлюкс (4-6%), рецидив заболевания (9%) [2]. В литературе описана операция Грендаля, заключающаяся в формировании поддиафрагмального эзофагофундоанастомоза [3]. Однако в классическом варианте этой операции не выполняется фундопликация, что неизбежно ведёт к возникновению гастроэзофагеального рефлюкса, пептической язвы анастомоза и в последующем к рубцовой его стриктуре.

Цель. Разработка с клинической оценкой методики лапароскопической эзофагофундотомии по типу Грендаля с формированием антирефлюксного механизма.

Материал и методы. В период с 2008 по 2010 гг. в

отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы находилось на лечении 19 пациентов с диагнозом ахалазия кардии. Среди них было 12 (63%) женщин и 7 (37%) мужчин. Средний возраст составил 49,5 лет. I-я стадия заболевания была выставлена у 2 (10,5%) больных, II-я - у 11 (58%), и III-я - у 6 (31,5 %) пациентов. Из них хирургическое вмешательство было выполнено 7 пациентам со II-й стадией ахалазии кардии и 5 с III-й. У 11 из них оперативное пособие заключалось в аппаратной эзофагофундотомии с фундопликацией по методике Тупе.

По ходу операции использовали 4 троакара. Первый троакар для лапароскопа устанавливали на 5 см выше пупка, второй, для печёночного ретрактора в правом подреберье, третий - в эпигастрии по средней линии, четвёртый - в левом подреберье. Последние два инструмента использовали для манипуляций с диссектором, зажимами и иглодержателем. После мобилизации абдоминального отдела пищевода и дна желудка, последний при помощи держалок фиксировали к передней брюшной стенке, и в его просвет вводили разрезающе-сшивающий аппарат. Бранши аппарата устанавливали в эзофагофундальном переходе и производили рассечение и сшивание абдоминального отдела пищевода и стенки желудка в области дна. После извлечения аппарата гастротомическое отверстие ушивали. Вмешательство заканчивали выполнением фундопликации по методу Тупе.

Результаты и обсуждение. Оперативное вмешательство выполнялись у больных с ахалазией кардии при отсутствии эффекта от консервативной терапии, включающей неоднократные курсы пневмокардиодилатации. Эзофагофундотомия с фундопликацией по Тупе была выполнена 6 больным со II-й стадией ахалазии кардии и 5 с III-й лапароскопическая аппаратная. Средняя продолжительность первых операций составила 140 ± 15 минут, после освоения методики 70 ± 15 минут. Интраоперационная кровопотеря не превышала 50-70 миллилитров. На следующий день после операции все пациенты начинали принимать жидкую пищу. Осложнения в раннем послеоперационном периоде были у одного больного (9 %) с III стадией АК, у которого в течение 3 дней после операции отмечалась дисфагия 2-й степени, купированная консервативно. Непосредственными клиническими критериями эффективности оперативного лечения были исчезновение дисфагии, болей за грудиной, нормализация аппетита. На 5 сутки после операции всем прооперированным выполнялись рентгеноскопия пищевода, на которой во всех случаях отмечено беспрепятственное поступление контраста из пищевода в желудок. Результаты лечения, оцененные у 9 больных, показали у всех осмотренных стойкий положительный клинический эффект.

По нашему мнению, лапароскопическая эзофагофундотомия с фундопликацией приобретает особую актуальность для больных с III стадией ахалазии кардии, когда фиброзные изменения в зоне нижнего пищеводного сфинктера могут воспрепятствовать выполнению адекватной кардиомиотомии. Применение по ходу операции разрезающе-сшивающего аппарата позволяет сформировать эзофагофундоанастомоз трёхрядным металлическим швом на протяжении 4,5 см, что означает полное рассечение нижнего пищеводного сфинктера.

Выполнение фундопликации мы считаем обязательным этапом операции, при этом предпочтение должно отдаваться методике Тупе.

Выводы. Предложенная методика лапароскопического лечения ахалазии кардии является малоинвазивной, патогенетически обоснованной и клинически эффективной, что позволяет рекомендовать её для применения в клинической практике.

Литература:

1. *Лапароскопические операции при ахалазии пищевода* / В. В. Грубник [и др.] // *Клінічна хірургія*. - 2003. - № 7. - С. 42-46.
2. *Полубояринова, Л. Т. Случаи поздней диагностики ахалазии кардии* / Л. Т. Полубояринова, П. С. Григорьев // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. - 1998. - № 2. - С. 34-36.
3. *Шалимов, А. А. Атлас операций на пищеводе желудка и двенадцатиперстной кишке* / А. А. Шалимов, В. Н. Полупан. - М., 1975. - 39 с.

РЕГИОНАРНЫЙ КРОВОТОК, МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНАЯ И КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

*Ковальчук Л.А., Беденюк А.Д.,
Футуйма Ю.М., Чонка И.И.
Тернопольский государственный медицинский
университет им. И.Я. Горбачевского,
г. Тернополь, Украина*

Актуальность. Несмотря на большой арсенал новых противоязвенных препаратов, язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) занимает одно из первых мест в общей структуре хирургических болезней. Изменения регионарного кровотока (РК) имеют большое влияние на особенности развития морфофункциональных изменений желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Цель. Изучение РК, моторно-эвакуаторной и кислотообразующей функции желудка и двенадцатиперстной кишки при ЯБЖ в до- и послеоперационном периоде и их влияние на выбор оптимального метода операции.

Материалы и методы. Обследован 141 больной ЯБЖ от 30 до 72 лет в период с 1998 по 2009 г. Локализация язвы: область малой кривизны - 98 (69,5 %); передняя стенка - 7 (5,0 %); задняя - 36 (25,5 %). По осложнениям: кровотечения - у 37 (26,2 %); перфорация - 27 (19,2 %); пенетрация - 25 (17,7 %); стеноз - 4 (2,8 %), неосложненные язвы диаметром от 2,5 см - 19 (13,5 %). Сочетанные осложнения у 29 (20,6 %) больных. Больные разделены на 4 группы: 1-я - 73 больных до операции; 2-я - 31 больной, прооперированная методом прицельной резекции ишемического сегмента желудка с СПВ по методу Л.А. Ковальчука (ПРИСЖ+СПВ); 3-я - 59, пациенты, которым проведена резекция желудка по методу Бильрот - I; 4-я - 51 пациент, после реакции по Бильрот - II. Прооперированных больных обследовали в раннем

(через 7-12 дней) и в отдаленном (1-5 лет) послеоперационных периодах. РК СОЖ и ДПК обследовали полярографическим методом по клиренсу водорода с использованием импульсного режима регистрации скорости очищения от него слизистой оболочки [1] во время фиброгастроскопии. Изучение моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудка и ДПК проводили методом сонографии [2], кислото-продукции - методом компьютерной рН-метрии [3].

Результаты и обсуждение. РК у больных с ЯБЖ (1-я группа) в области язвы был в пределах $21,14 \pm 1,57$ мл/мин · 100 г, что на 44,7 % ($P < 0,001$) ниже контроля. В области средней трети тела желудка снижение РК составило 38,4 % ($P < 0,001$) - $39,22 \pm 2,54$ мл/мин · 100 г. В антральном отделе по большой кривизне, а также в бульбарном отделе ДПК не отмечено существенных изменений цифровых значений кровотока - $33,41 \pm 1,35$ мл/мин · 100 г и $51,24 \pm 2,61$ мл/мин · 100 г ($p > 0,05$) соответственно. Таким образом, ишемия вокруг язвенного дефекта распространяется на всю кислотообразующую зону, что приводит к функциональным изменениям МЭФ и кислотообразующей функции органа. В 1-й группе (63% больных) тонус и ритм желудочных сокращений был снижен; гипокинезия выявлена у 54,8%, акинезия - у 8,2% больных. Снижение тонуса сократительной способности стенки желудка характеризуется повышением на 23,8% градиента раскрытия пилоруса и уменьшением на 26% градиента сокращения желудка, среднее значение которых составило, соответственно, $8,0 \pm 0,22$ ($p < 0,001$) и $6,9 \pm 0,43$ мм ($p < 0,01$). Амплитуда желудочных сокращений равна $(31,1 \pm 0,78)$ %, что в 1,3 раза ниже контрольного значения $39,27 \pm 1,05$ % ($p < 0,001$). Частота перистальтических волн снижена на 30% и равна $2,1 \pm 0,2$ в минуту ($p < 0,001$). На фоне таких функциональных нарушений на 33,5% возрос период полувыведения смеси физиологического раствора с рисом ($p < 0,001$). Из этого следует сделать вывод, что на фоне сниженного РК и ишемии СОЖ снижается эвакуация желудочного содержимого, а это является одним из факторов прогрессирования заболевания. Кислотообразовательная функция характеризовалась гиперацидностью выраженной в 16 (21,9%) случаях, гиперацидностью умеренной - в 31 (42,5%), нормацидностью - в 9 (12,3%), гипоацидностью умеренной - в 9 (12,3%) и гипоацидностью выраженной - в 8 (11%) случаев.

В послеоперационном периоде РК СО культы желудка был снижен во всех группах. Так, во 2-й группе через 10-12 дней после операции скорость РК была на 20,3% ниже ($P < 0,01$) дооперационного уровня. В 3-й и 4-й группах эти показатели были еще ниже - на 28,3% и 36,0% соответственно. У пациентов 2-й группы, оперированных методом СПВ + ПРИСЖ с сохранением пилороантральной зоны РК незначительно снизился ($P > 0,05$). В ДПК РК возрос на 10,4% ($P < 0,05$) уже в раннем послеоперационном периоде, в антральном отделе через 1-5 лет - только на 6,36% ($P > 0,05$). Через 1-5 лет РК в культе желудка на 9,4% выше раннего послеоперационного, оставаясь на 12,0% ниже дооперационного ($P > 0,05$), в 3-й группе - на 10,8% и 19,6%, в 4-й группе - на 14,1% и 25,5% соответственно.

У больных, оперированных по Бильрот-I РК в области маргинальной зоны гастродуоденоанастомоза (ГДА) после операции равен $26,14 \pm 0,74$ мл/100 г · мин., и

улучшался со временем. После резекции желудка по Бильрот-II РК в области маргинальной зоны гастроэнтероанастомоза (ГЭА) ниже уровня РК зоны ГДА и равняется $22,1 \pm 0,95$ мл/100 г · мин. На 11% возрастает РК в периоде 1-5 лет ($P < 0,05$), относительно показателя кровотока в раннем послеоперационном периоде. МЭФ после СПВ+ПРИСЖ характеризуется снижением частоты перистальтических волн на 16,7% ($2,5 \pm 0,1$ в / мин). Среднее значение градиента раскрытия пилоруса во всех обследованных не сильно отличается от контрольного показателя ($6,7 \pm 0,34$ мм). Вместе с тем, показатели выходного отдела культы желудка (ВОКЖ) при сокращении и расслаблении, а также градиент сокращения желудка был меньше контрольного значения на 29,3%, амплитуда в 1,5 раза ниже контроля. Период полувыведения был выше контрольного значения ($19,23 \pm 0,5$ мин). В отдаленном периоде 1-5 лет после ПРИСЖ+СПВ вместе с восстановлением РК возобновляется и МЭФ. Так, градиент раскрытия пилоруса составляет ($6,3 \pm 0,25$ мм), а градиент сокращения желудка ($8,2 \pm 0,38$ мм), с разницей достоверности ($P > 0,05$). Вместе с тем, показатель градиента сокращения желудка возрос, по сравнению с ранним послеоперационным периода в 1,24 раза ($p < 0,01$). Частота перистальтических волн возрастает в раннем и позднем периодах, соответственно в 1,4 и 1,2 раза. Повышение амплитуды до $35,81 \pm 1,6$ %, то есть в 1,4 раза в сравнении с ранним послеоперационным значением ($p < 0,001$) свидетельствует об активации моторно-эвакуаторной функции стенки желудка. После резекций за Бильрот-I (42) и Бильрот-II (40) градиент сокращения ВОКЖ был на 53,9% (Б-I) и на 56,1% (Б-II) ниже контроля и в 1,5 и 1,6 раза в сравнении с ПРИСЖ ($p < 0,001$). Частота перистальтических волн составила ($2,13 \pm 0,1$) и ($1,8 \pm 0,1$), что ниже контрольных значений на 29% и 40% а в сравнении с ПРИСЖ, соответственно на 14,8% и 28%. Амплитуда сокращений культы желудка снижена в 3,4 и 3,9 раза - $11,6 \pm 0,71$ % и $9,9 \pm 0,34$ % соответственно ($p < 0,001$). Кислотообразующая функция после ПРИСЖ с СПВ в раннем послеоперационном периоде характеризовалась нормацидностью у 4 (12,9%); гипоацидностью умеренной - у 11 (35,5%) и гипоацидностью выраженной - у 16 (51,6%) больных. Базальная секреция после резекции за Бильрот-I характеризуется нормацидностью у 1 (3,3%), гипоацидностью умеренной - у 34 (80,9%) и гипоацидностью выраженной - у 7 (16,7%) обследованных. После Бильрот-II в раннем послеоперационном периоде гипоацидность умеренная обнаружена у 22 (55%), гипоацидность выраженная - в 18 (45%) случаях. В отдаленном периоде после ПРИСЖ с СПВ гиперацидность умеренная обнаружена только у 1 (3,3%) больного, нормоацидность возрастает с 12,9% до 40% у (12) оперированных. Гипоацидность умеренная обнаружена у 9 (22,5%) и гипоацидность выраженная - у 8 (20%). У больных после Бильрот-I процент гипоацидности умеренной уменьшился с 80,9% в раннем периоде до 48,7% в позднем. Соответственно возрастает процент пациентов с гипоацидностью выраженной с 16,7% до 23,1%, нормацидность выявлена у 17,9%, гиперацидность умеренная у 10,3% оперированных.

Базальная секреция у больных после Бильрот-II в отдаленном периоде характеризуется гипоацидностью выраженной в 47,2% случаев (17 пациентов), нормацид-

ностью у 3 (8,3%), гиперацидностью выраженной - у 3 (8,3%) и гиперацидностью умеренной - у 4 (11,1%) пациентов.

Выводы.

1. Снижение РК у больных с ЯБЖ происходит во всех отделах кислотообразующей зоны желудка с наиболее выраженным в области тела.

2. Стойкая ишемия всего кислотопродуцирующего сегмента желудка подтверждает потребность в его резекции.

3. После выполнения ПРИСЖ с СПВ перераспределение крови в сторону ДПК приводит к возобновлению МЭФ ДПК, что предупреждает дуоденогастральный рефлюкс и рецидив язвы.

4. При благоприятной интраоперационной ситуации приоритетной будет органосохраняющая операция ПРИСЖ с СПВ как наиболее предупреждающая ранние и поздние послеоперационные осложнения.

Литература

1. Ковальчук, Л. А. Способ определения кровотока слизистой оболочки желудка / Л. А. Ковальчук // Патол. физиол. и эксперим. терап. - 1984. - № 5. - С. 78-80.

2. Короткий В. Н. Сонографія шлунка і дванадцятипалої кишки у дослідженні порушень моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту / В. Н. Короткий, Р. Ю. Спіцин, І. В. Колосович // Шпитальна хірургія. - 1999. - № 1. - С. 7-14.

3. Внутрішньопорожнинна рН- метрія шлунково-кишкового тракту: практичне керівництво / В. М. Чернобривий [та співав.]. - Вінниця, 1999. - 79 с.

ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Лобанков ВМ., Камбалов М.Н.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Обнаружена сложная хронобиологическая зависимость периодов возникновения острых осложнений язвенной болезни (ЯБ): перфораций, кровотечений, инфильтративных стенозов от индивидуальных хронобиологических особенностей пациентов и изменений гелиогеофизических параметров внешней среды. Изучение данной зависимости является чрезвычайно актуальным вследствие принципиальной возможности прогнозирования периодов повышенного риска указанных осложнений. Это, в свою очередь, позволит планировать и своевременно осуществлять необходимые лечебно-профилактические мероприятия у больных ЯБ.

Цель. Изучение хронобиологических аспектов возникновения острых осложнений ЯБ.

Материал и методы. Исследованы индивидуальные хронобиологические особенности пациентов (n=640), лечившихся стационарно в лечебных учреждениях г. Гомеля в период 1999-2009 гг. по поводу острых осложнений ЯБ (перфорация, кровотечение, инфильтративная форма стеноза). Так же изучена связь первичной

заболеваемости ЯБ с ежегодной динамикой интегральных показателей гелиогеофизических циклических процессов (солнечной активности, планетарных, лунных циклов и др.) с использованием для их анализа программного продукта версии "AgeNA" v.1.0, разработанной Центром научно-технического творчества молодежи "Партнер" и кафедрой алгебры и геометрии ГГУ им. Ф. Скорины. Полученные данные обработаны с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Выявлена корреляция динамики периодов повышенного риска возникновения острых осложнений ЯБ с изменениями интегральных гелиогеофизических параметров, рост частоты осложнений отмечается при повышении нестабильности показателей внешней среды. Установлено, что ежегодная частота острых осложнений ЯБ характеризуется значительной сезонной и ежемесячной вариабельностью.

У конкретного больного риск развития острых осложнений ЯБ достоверно изменяется в разные месяцы и trimestры индивидуального годичного цикла (ИГЦ). Например, в 2009 г. риск развития осложнений ЯБ был достоверно повышен в 4-ом, 10-ом и 12-ом, напротив - минимален в 1-ом и 5-ом месяцах ИГЦ. Также выявлена зависимость индивидуального риска возникновения осложнения от сезона рождения больного. Достоверно чаще во II триместре ИГЦ осложнения ЯБ развивались у пациентов, родившихся в весенние месяцы, в IV триместре - рожденных в зимние и осенние месяцы. Максимум осложнений у рожденных летом пришёлся на I и IV trimestры ИГЦ.

Также выявлена вариабельность показателей риска осложнений ЯБ по trimestрам ИГЦ у пациентов одного года рождения (например, 1968). У рожденных зимой риск осложнений ЯБ достоверно повышен во II триместре ИГЦ, родившихся весной и осенью - в IV триместре. У пациентов, родившихся летом 1968 г., течение ЯБ характеризовалось минимальным риском осложнений. Кроме этого выявлено, что у лиц, рождение которых пришлось на периоды высокой гелиогеофизической активности (ВГА), большинство случаев осложнений (до 60,8%) происходило также в периоды активации внешнесредовых параметров.

Таким образом, представленные предварительные данные приоткрывают фундаментальные аспекты патологии человека. Проблема требует дальнейшего углубленного изучения.

Выводы.

1. Риск развития острых осложнений ЯБ у конкретного пациента достоверно изменяется в различные trimestры индивидуального годичного цикла, причем по-разному в каждом календарном году.

2. Возникновение периодов повышенного риска острых осложнений ЯБ детерминировано изменениями гелиогеофизических факторов и связано с индивидуальным хронотипом больного.

3. У пациентов со схожими характеристиками хронотипа осложнения ЯБ достоверно чаще возникают в аналогичные trimestры индивидуального годичного цикла.

Литература:

1. Корнилова, Л. С. Процессы цикличности в течении

язвенной болезни / Л. С. Корнилова, Е. Г. Жук, Г. А. Никитин // *Клин. медицина*. - 2002. - № 10. - С. 39-43.

2. Чижевский, А. Л. *Земное эхо солнечных бурь* / А. Л. Чижевский. - М.: Мысль, 1973 - 376 с.

3. Хильдебрандт, Г. *Хронобиология и хрономедицина: пер. с нем.* / Г. Хильдебрандт, М. Мозер, М. Лехофер. - М.: Арнебия, 2006. - 144 с.; 98 ил.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ГАСТРЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ РАКА

Лысов А.И., Луд Н.Г.

УЗ "Могилевский областной онкологический диспансер",

г. Могилев, Республика Беларусь

УО "Витебский государственный ордена

Дружбы народов медицинский университет",

г. Витебск, Республика Беларусь

Результаты лечения рака желудка, требующего полного удаления органа, не являются удовлетворительными [2], а частота и распространенность патологии остаются высокими [1, 6]

Пятилетняя выживаемость прооперированных больных составляет 35,7-61% [7], а частота развития пострезекционных расстройств достигает 83% [4].

Качество жизни является одним из важнейших по значимости критериев оценки противоопухолевой терапии.

Еюногастропластика является новым прогрессивным методом в восстановительной хирургии желудка. Ее цель - возможность восстановления нарушенных анатомических путей в пищеварительном тракте и утраченных физиологических функций.

Материал и методы. За 1999-2010 гг. хирургическая коррекция демпинг-синдрома выполнена у 50 больных раком желудка.

У пациентов 1-й группы (n = 12) выполнен реконструктивный этап - еюногастропластика по Захарову.

Во 2-й группе (n = 38) проведена реконструкция по Захарову с формированием серозно-мышечного клапана по разработанной методике [3].

Рентгенологический мониторинг в обеих группах осуществляли в сроки 3 нед., 3, 6, 12, 36 мес.

Результаты и обсуждение. Наиболее частым осложнением операции в обеих группах явился панкреатит (5 и 13 случаев соответственно), что связано с большим объемом лимфодиссекции (Д2).

Несостоятельность швов эзофагоеюноанастомоза имела место в 1 случае, завершившемся выздоровлением,

Через 6 мес после операции эвакуация стала порционной за счет периодического сокращения сформированного клапана. На рентгенограммах

определяется характерное депо бария.

Применение еюногастропластики по Захарову в 1-й группе пациентов позволило смягчить проявления демпинг-синдрома. Формирование серозно-мышечного клапана во 2-й группе значительно улучшило качество жизни прооперированных больных.

Проведен анализ качества жизни пациентов, перенесших гастрэктомию с еюногастропластикой методом анкетирования.

Пациентам предлагали заполнить модифицированную анкету Европейской организации по исследованию и терапии рака (ЕОРТС). На вопросы анкеты ответил 31 пациент, у которых выполнена еюногастропластика в различных вариантах.

Качество жизни оценивали по индексу качества (ИК):

— неудовлетворительное, менее 13 баллов;

— удовлетворительное, 14-19 баллов;

— хорошее, 20-25 баллов;

— отличное, 26-31 балл.

Из таблицы следует, что ИК у 58% пациентов перенесших гастрэктомию с еюногастропластикой, хороший, у 35,4% удовлетворительный, что по субъективной оценке пациентов свидетельствует о достаточно высоком качестве жизни.

Выводы.

1. Применение еюногастропластики в нашей модификации позволило обеспечить пациентам достаточно высокий уровень качества жизни.

2. Представляется целесообразным рекомендовать применение специализированными онкологическими учреждениями данной методики реконструкции пищеварительного тракта.

Литература:

1. Захаров, Е. И. *Еюногастропластика при болезнях оперированного желудка* / Е. И. Захаров, А. Е. Захаров. - М.: Медицина, 1970. - 232 с.

2. Захаров, Е. И. *Тонкокишечная пластика при гастрэктомии и резекции желудка* / Е. И. Захаров, А. Е. Захаров. - М., 1962. - 196 с.

3. Луд, Н. Г. *Последствия обширной резекции кишечника и лечение развивающихся нарушений: автореф. ... дис. д-ра мед. наук* / Н. Г. Луд. - М., 1991. - 40 с.

4. Мармыш, Г. Г. *Профилактика и хирургическая коррекция основных патологических синдромов оперированного желудка при язвенной болезни: автореф. ... дис. д-ра мед. наук* / Г. Г. Мармыш. - Гродно, 2000. - 42 с.

5. *Оперированный желудок; анатомия и функция по данным инструментальных методов исследования* / Г. К. Жерлов [и др.]. - Новосибирск: Наука, 2002. - 240 с.

5. Полоус, Ю. М. *Механизм развития демпинг-синдрома* / Ю. М. Полоус // *Хирургия*. - 1979. - № 5. - С. 35-39.

6. Рычагов, Г. П. *Демпинг-синдром, способы его прогнозирования и профилактики* / Г. П. Рычагов // *Материалы XXIII Пленума правления о-ва белорус. хирургов*. - Гродно, 1999. - С. 79-80.

Таблица. Качество жизни пациентов

отлично	хорошо	удовлетвор.	неудовлетвор	Всего
1 (3,2%)	18 (58%)	11 (35,4%)	1 (3,2%)	31 (100%)

ОСОБЕННОСТИ ЛИМФООТТОКА ПРИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОМ РАКЕ

Порембская О.Я.

ГОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Состояние регионарных к опухоли лимфатических узлов (ЛУ) часто оказывает решающее влияние на течение опухолевого процесса, во многом определяя прогноз заболевания.

Цель. Оценить морфологические проявления иммунного ответа в регионарных ЛУ при кардиоэзофагеальном раке (КЭР) и проследить их связь с изменениями лимфооттока и особенностями лимфогенного метастазирования опухоли. Дать характеристику методике интраоперационного картирования ЛУ при лечении КЭР.

Материал и методы. В клинике факультетской хирургии с января 2001 по апрель 2010 гг. обследован 51 пациент с диагнозом кардиоэзофагеальный рак. 32 больным выполнены различные по объему оперативные вмешательства. Операции в объеме экстирпации желудка и резекции абдоминального отдела пищевода выполнены 12 больным. У 4 из них при ревизии было выявлено прорастание опухолью соседних органов, что потребовало выполнения комбинированных операций: резекции левой доли печени, спленэктомии, резекции ножек диафрагмы. 5 пациентам в связи с распространенностью опухолевого роста объем операции был увеличен до экстирпации желудка и резекции нижней трети пищевода. У 12 пациентов локализация опухоли в кардиальном отделе желудка позволила выполнить проксимальную резекцию желудка, дополненную в 5 случаях резекцией абдоминального отдела пищевода и в 7 - резекцией нижней трети пищевода. 2 больным выполнена экстирпация культи желудка и резекция абдоминального отдела пищевода. У одного больного диагностирована аденокарцинома нижней трети пищевода, в связи с чем была произведена субтотальная резекция пищевода. После операции проводилось гистологическое исследование окрашенных гематоксилином и эозином регионарных лимфатических узлов. Количество исследованных узлов колебалось от 1 до 35 из каждого удаленного препарата. У 17 пациентов для стадирования заболевания по системе TNM (6th ed.) было исследовано не менее 16 ЛУ, отдельно выделенных после операции из удаленного препарата и распределенных по бассейнам лимфооттока.

Результаты и обсуждение. Из 12 больных, которым была выполнена проксимальная резекция желудка с различными уровнями резекции пищевода, у 7 пациентов в ЛУ выявлены метастазы. Количество пораженных ЛУ колебалось от 1 до 14. Во всех случаях метастазы были выявлены в ЛУ паракардиальных групп и малого сальника. В ЛУ вдоль коротких артерий желудка и левой желудочно-сальниковой артерии метастазов выявлено не было. Из 17 пациентов, перенесших экстирпацию желудка с резекцией пищевода, у 10 были выявлены метастазы в регионарных ЛУ (у 2 пациентов ЛУ не исследовались), и

только у 2 из них наблюдалось широкое лимфогенное метастазирование с поражением ЛУ вдоль желудочно-сальниковых артерий. В обоих случаях стадия заболевания соответствовала pT3N3M0. При гистологическом исследовании регионарных ЛУ у части больных выявлялись выраженные признаки неспецифической гиперплазии вследствие антигенной стимуляции, проявлявшиеся фолликулярной гиперплазией, значительным расширением синусов и высокой плотностью клеток в них. При размерах опухоли, варьировавших от 4 до 10 см, прорастании стенки желудка, соответствовавшей pT2-T3, количество метастатически пораженных ЛУ колебалось от 0 до 8. При этом пораженными оказывались только ЛУ паракардиальных групп и малого сальника. У другой группы больных изменения в ЛУ можно было расценить как проявления регионарной иммуносупрессии разной степени выраженности. Уменьшение площади паракортикальной зоны, запустение синусов, появление фибробластических ретикулярных клеток, склероз синусов отражали разную степень иммуносупрессии. В этой группе количество ЛУ с метастазами у больных варьировало от 0 до 20. Из них у 2 выявлены метастазы в ЛУ вдоль артерии большой кривизны желудка. В непораженных ЛУ также отмечались признаки иммуносупрессии. Распространение опухоли по стенкам пищевода и желудка, ее размеры, глубина инвазии стенки были сопоставимы в обеих группах. Методика интраоперационного картирования лимфатических узлов была применена у 13 больных с кардиоэзофагеальным раком. При субсерозном введении лимфотропного красителя (1% раствор Лимфазурина) в стенку желудка у дистального края опухоли в большинстве случаев появлялся единственный вектор лимфооттока в сторону малой кривизны желудка с последующим окрашиванием ЛУ паракардиальных групп и малого сальника. Метастазов вне окрасившихся зон выявлено не было. В 4 случаях отмечалось появление дополнительного вектора лимфооттока к ЛУ большой кривизны с последующим окрашиванием нескольких бассейнов ЛУ. Размеры опухоли колебались от 3 до 10 см, количество пораженных ЛУ - от 0 до 20, стадия pT2 была выявлена у 1 больного, pT3 - у 3. У одного больного окрашенными оказались ЛУ в воротах селезенки, у 2 - в брыжейке толстой кишки и у 1 - ЛУ инфрапилорической группы. Только у одного пациента с широкой лимфогенной диссеминацией в окрасившемся ЛУ брыжейки были выявлены опухолевые клетки. В других 3 случаях в окрашенных ЛУ выявлялись признаки выраженной иммуносупрессии.

Выводы. КЭР может протекать как со стимуляцией, так и с угнетением иммунного ответа в регионарных ЛУ. Вследствие иммуносупрессии в ЛУ происходит лимфостаз, что определяет появление тока лимфы в новые зоны регионарных ЛУ, способствуя широкому лимфогенному метастазированию. Методика интраоперационного картирования ЛУ помогает выявить изменения лимфооттока от опухоли.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА С АХЛОРГИДРИЕЙ

Призенцов А.А., Скуратов А.Г.
УО "Гомельский государственный медицинский
университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Самым тяжелым проявлением дуоденальных стенозов язвенной этиологии является ахлоргидрия с последующим развитием комы, обусловленной алкалозом, гипохлоремией, гипокалиемией, гипокальциемией, азотемией. Без срочной коррекции это осложнение приводит к гибели всех пациентов. По нашим данным, частота данной патологии составляет 2% среди всех больных язвенным дуоденальным стенозом.

Цель. Улучшить результаты лечения больных язвенным стенозом, осложненным ахлоргидрией.

Материал и методы. Мы обладаем опытом лечения 5 больных с ахлоргидрией на фоне язвенного дуоденального стеноза в стадии декомпенсации. Женщин было 3, в возрасте 48, 52 и 80 лет, во всех случаях была диагностирована инфильтративная форма стеноза. Язвенный анамнез у одной пациентки был менее 1 года, а у 2 других язвенного анамнеза не было вообще. Длительность клиники гастростаза составила от 1 до 3 месяцев. У пациентов мужского пола (42 и 53 лет) выявлена инфильтративно-рубцовая форма стеноза, при этом язвенной болезнью они страдали 10 и 25 лет, а клиника стенозирования носила преходящий характер на протяжении 2 и 3 лет, соответственно.

Результаты и обсуждение. При поступлении все больные находились в тяжелом состоянии и госпитализировались в отделение интенсивной терапии и реанимации. В клинической картине преобладали водно-электролитные нарушения. У всех больных выявлен дефицит массы тела, максимальное снижение веса было у пациентки 48 лет - 40 кг за 1,5 месяца. Все больные жаловались на судороги, парестезии. Один пациент поступил с нарушением сознания.

Все три пациентки были с выраженной сопутствующей патологией, в том числе у больной 52 лет метастазы в головной мозг из рака молочной железы. Проведена интенсивная подготовка в условиях реанимационного отделения в течение 4 - 6 суток. Выполнялась декомпрессия желудка, инфузионная терапия, интенсивное противоязвенное лечение на основе парентеральных форм антисекреторных препаратов, коррекция белковых нарушений, симптоматическая терапия. Несмотря на интенсивное лечение, отчетливая положительная динамика отсутствовала. Учитывая тяжелое состояние больных, выполнено минимальное по травматичности вмешательство - гастроэнтеростомия с брауновским соустьем. Благоприятный исход наблюдался во всех случаях. В последующем пациентка 48 лет отказалась от предложенной радикальной операции, судьбу двух других проследить не удалось.

У двух пациентов наблюдалась положительная динамика, оба переведены из отделения реанимации на

5-е сутки, продолжена подготовка в хирургическом стационаре. Мужчине 42 лет на 20-е сутки от поступления произведена селективная проксимальная ваготомия с циркулярной резецирующей дуоденопластикой с бульбобульбоанастомозом конец в конец. Пациенту 53 лет на 14-е сутки выполнена селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой типа Финнея. Течение послеоперационного периода в обоих случаях гладкое, пациенты выписаны на 9-е сутки. Оба пациента обследованы через 6 месяцев после операции. Жалоб не предъявляют, диету не соблюдают. На фиброгастроскопии в обоих случаях желудок обычных размеров, луковица рубцово деформирована, проходима свободно.

Выводы. Таким образом, при ахлоргидрии на фоне декомпенсированного дуоденального стеноза возможно не только сохранить жизнь больного, но в ряде случаев выполнить радикальное органосохраняющее вмешательство, обеспечив в послеоперационном периоде высокое качество жизни.

Литература:

1. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза / Ю. М. Панцирев [и др.] // Хирургия. - 2003. - № 2. - С. 18-21.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Радиевский И.Л., Гусинец А.С., Денищик В.М.
УЗ "Брестская областная больница",
г Брест, Республика Беларусь

Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки продолжает оставаться актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. В последнее десятилетие с появлением высокоэффективных антисекреторных препаратов изменились подходы в хирургическом лечении язвенной болезни 12-перстной кишки.

Это проявляется в снижении плановых операций на 40-80% , в то же время отмечается рост осложненных форм язвенной болезни 12-перстной кишки.

Цель. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения осложнений язвенной болезни.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2009 год в хирургическом отделении Брестской областной больницы было оперировано 19 больных с язвой 12-перстной кишки, пациентам была выполнена селективная проксимальная ваготомия без или в сочетании с дренирующей желудок операцией. Давность заболевания язвенной болезни у большинства больных более 10 лет, в анамнезе частые рецидивы заболевания. У 8 больных в анамнезе желудочно-кишечные кровотечения. В стационар больные поступали с осложнением язвенной болезни - стенозом. В отделении больным выполнялись общеклинические обследования, ФГДС, рентгеноскопия желудка. Предоперационная подготовка включала курс противояз-

венной терапии, в послеоперационном периоде больные получали дуоденокинетики и антисекреторные препараты. Все больные были разделены на 2 группы: основную и контрольную.

Основную группу составили 7 больных в возрасте от 26 до 52 лет, из них 4 мужчин и 3 женщины. Всем больным основной группы выполнялась лапароскопическая расширенная СПВ с фундопликацией по Touret. У 3 больных с пилородуоденальным стенозом СПВ сочеталась с дренирующей желудок операцией - лапароскопической пилоропластикой по Гейнеке - Микуличу. У 4 больных выполнена симультантная лапароскопическая холецистэктомия в связи с наличием у них желчекаменной болезни.

Контрольную группу составили 12 больных в возрасте от 31 года до 64 лет, из них 8 мужчин и 4 женщины. Все больные были оперированы с помощью традиционной хирургической методики. Всем выполнялась селективная проксимальная ваготомия. У 10 больных с пилородуоденальным стенозом СПВ сочеталась дренирующей желудок операцией. 3 больным произведена пилоропластика по Гейнеке - Микуличу, 6 - пилоропластика по Финнею, 1 - дуоденопластика.

Результаты и обсуждение. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность оперативного вмешательства в основной группе составила 120 ± 20 минут и 80 ± 15 минут в контрольной группе. Средняя продолжительность пребывания в стационаре у больных основной группы было 6 дней, в контрольной группе этот показатель составил 11 дней. В основной группе 1 случай конверсии в связи с повреждением желудка. В основной группе после оперативного вмешательства в связи с незначительным болевым синдромом наркотические анальгетики не назначались. В послеоперационном периоде у 3 больных основной группы отмечалась дисфагия, которая в течение нескольких недель исчезла. В контрольной группе у 5 больных дисфагия отмечалась в течение нескольких месяцев.

Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. В отдаленном периоде больные жалоб не предъявляли, диеты не придерживались. На контрольном ФГДС, выполненном в течение года после операции, рецидивов язвы не наблюдалось. У 2 больных в первые 5-6 месяцев наблюдалась замедленная эвакуация из желудка, которая в последующем восстановилась.

Выводы. Внедрение лапароскопических вмешательств позволяет получить хорошие клинические результаты у больных с данной патологией, снизить количество послеоперационных осложнений, уменьшить длительность пребывания больного в стационаре и сроки реабилитации в послеоперационном периоде, достичь хорошего косметического эффекта в зоне операции.

Литература:

1. Балалыкин, А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А. С. Балалыкин. - М., 1996. - 152 с.

2. Винниченко, А. Г. Селективная проксимальная ваготомия в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / А. Г. Винниченко, В. А. Елоев, К. Г. Тимченко // *Клин. хирургия*. - 1982. - № 8 - С. 5-8.

3. Панцырев, Ю. М. Рецидивы язвенной болезни после селективной проксимальной ваготомии / Ю. М. Панцырев, В. М. Сидоренко, И. В. Бабкова // *Хирургия*. - 1988. - № 10. - С. 11-14.

БЛИЖНИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Изучение ближайших и отдаленных результатов является одним из основных способов экспертной оценки методов лечения больных, который широко используется в хирургии. Исходя из этого, мы поставили перед собой цель дать оценку методам коррекции патологии пищевода-желудочного перехода (ППЖП) у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материал и методы. В основу работы положены результаты комплексного обследования 316 больных до и после операции в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. 247 больных оперированы по поводу ЯБДК, 12 - калькулезного холецистита (КХ), 15 - нарушения дуоденальной проходимости (НДП) и 42 - грыжи пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД). У больных ЯБДК, КХ и НДП корригирующая операция на кардии выполнялась как симультанная, ГПОД - основная. У 46 больных ЯБДК патология со стороны кардии до операции отсутствовала. У них выполнена селективная проксимальная ваготомия (СПВ), а корригирующая операция применена для профилактики ГЭРБ в послеоперационном периоде. I вариант ФЭКР применен у 288, II-й - у 18, III-й - у 25, фундопликация по Ниссену - у 45 больных. У 46 больных ППЖП отсутствовала, у 101 - была недостаточность кардии (НК), у 80 - халазия кардии (ХК) и у 89 - ГПОД.

Для обследования больных в до- и послеоперационном периоде использовали клинический, рентгенологический, эндоскопический, рН-метрический методы исследования и шкала оценки состояния здорового типа 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 от 1 до 7 лет изучены у 115 больных.

Отдаленные результаты применения ФЭКР и ее вариантов при хирургическом лечении ЯБДК изучены у 115 больных: у 75 - она использовалась для лечения ГЭРБ и у 40 - в качестве способа профилактики ее развития в послеоперационном периоде.

У 110 (95,7%) из 115 обследованных больных были получены отличные и хорошие отдаленные результаты. У них отсутствовали жалобы, характерные для РЭ, 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, которые мы в последующем с успехом применяли при малых и средних грыжах ПОД, а в ряде случаев и при халазии. У пациентов, где ФЭКР применена для профилактики ГЭРБ, в послеоперационном периоде получены только хорошие и отличные результаты. РЭ не зарегистрирован ни в одном случае.

Разработанная нами ФЭКР и ее модификации позволяют устранить основные патогенетические звенья ГЭРБ, обеспечивают адекватную барьерную функцию кардиоэзофагеальной зоны. Рецидив ГЭРБ в отдаленном послеоперационном периоде отмечен в 4,3%. При грыжах ПОД больших размеров показана фундопликация по Ниссену.

Таким образом, разработанная нами ФЭКР и ее модификации позволяют устранить основные патогенетические звенья ГЭРБ, обеспечивают адекватную барьерную функцию кардиоэзофагеальной зоны.

ЭВОЛЮЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ И МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Рычагов Г.П., Семенчук И.Д.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь*

Цель. Дать оценку изменению лечебной тактики и способов оперативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК) в рамках одного лечебного учреждения в пределах 20-летнего промежутка времени.

Материал и методы. В основу работы положены результаты хирургического лечения 921 больных ЯБЖ и ДПК в 3-ей ГКБ г. Минска с 1991 по 2010 гг. Все оперированные больные были разделены на 2 группы: в первую вошли 573 (62,2%), оперированные в 1991-2000 гг., и во вторую - 348 (37,8%), оперированные в 2001-2009 гг. Половой и возрастной состав оперированных больных в одной и второй группе статистически не отличался: 20,9% составили женщины и 79,1% - мужчины. Возраст больных колебался от 16 до 82 лет и в среднем составил $44 \pm 6,3$ года.

Для постановки диагноза и оценки результатов лечения мы использовали клиничко-лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические, микробиологические и гистологические методы исследования.

Результаты и обсуждение. В первой группе,

оперированной в последнем десятилетии прошлого века, больные перфоративной язвой (ПЯ) составили 257 (44,9%) наблюдений, кровоточащей язвой (КЯ) - 53 (9,2%), пилородуоденальным стенозом (ПДС) - 188 (32,8%), хронической, каллезной и пенетрирующей язвой - 46 (8%), пострезекционным и постваготомическим синдромом - 29 (5,1%). Во второй группе, оперированной в первом десятилетии XXI века, по поводу ПЯ оперировано 253 (72,8%), КЯ - 28 (8,0%), ПДС - 58 (6,6%), пострезекционного или постваготомического синдрома - 9 (2,6%). Больные по поводу хронической, каллезной и пенетрирующей язвы не оперировались в связи с возможностью добиться лечебного успеха консервативными способами.

Как следует из сравнительного анализа I и II группы больных, отмечается существенное снижение количества оперированных по поводу язвенной болезни (ЯБ), произошло также изменение структуры оперированных пациентов, проявившееся в значительном снижении удельного веса ПДС с 32,8% до 5,1%, при удельном росте ПЯ от 44,9% до 78,2%, хотя абсолютного роста пациентов с ПЯ не произошло (257 и 253, соответственно).

В первой группе у 78 (13,6%) больных во время операции выявлены 2 или 3 осложнения ЯБ, существовавших одновременно, а во второй - 38 (10,9%).

В первой группе резекция желудка (РЖ) была выполнена у 78 (13,4%), селективная проксимальная ваготомия (СПВ) без или с дренирующей желудок операцией у 266 (54,9%), стволовая ваготомия (СТВ) с пилоропластикой (ПП) - у 10 (1,7%), ушивание перфоративной язвы (УПЯ) - у 95 (16,3%), иссечение или прошивание язвы - у 39 (6,7%). У 12 (2%) пациентов потребовалась релапаротомия в связи с развитием послеоперационных осложнений.

Во второй группе РЖ выполнена у 23 (6,6%), СПВ - у 24 (6%), УПЯ - у 14 (0,4%), гастрэктомия - у 1 (0,3%) и иссечение перфоративной язвы (ИПЯ) у 286 (82,2%).

Как следует из представленных данных, в первой и второй группе произошло существенное изменение способов лечения осложненной ЯБЖ и ДПК. В первой группе у подавляющего большинства больных (70%) выполнялись радикальные операции среди которых в подавляющем большинстве случаев была СПВ без или в сочетании с дренирующими операциями (54,9%), которая в 99,3% давала хороший или отличный отдаленный результат. Во второй, несмотря на столь впечатляющие результаты радикальных операций, в частности СПВ, на передние позиции вышли паллиативные оперативные вмешательства (82,6%), среди которых чаще всего применялось иссечение язвы с пилоро- или дуоденопластикой (ДП) (82,2%). Радикальные операции чаще всего применялись лишь у пациентов ПДС и ЯК. Операция по поводу ПДС, как правило, заканчивалась СПВ с ДП, при ЯК - РЖ. Если в первой группе при ПЯ почти в 70% случаев выполнялась СПВ с иссечением язвы и с ПП или ДП, то во второй - в подавляющем числе случаев производилось ИЯ с ПП или ДП без СПВ. Эти операции в отличие от комбинации ее с СПВ, не оказывали влияния на этиопатогенез заболевания и уже на следующий день после операции им назначались ингибиторы протонной помпы (ИПП) в сочетании с эрадикацией *Helicobacter pylori* (Нр), что обрекало больного на пожизненную противоязвенную терапию. Сложившаяся ситуация, при

которой наблюдается очевидный регресс качества оказания хирургической помощи больным ЯБ, во второй группе, по сравнению с первой, объясняется, на наш взгляд, тем, что в течение изучаемых последних 10 лет значительно изменился состав хирургического коллектива, хотя идеология лечения язвенной болезни оставались прежней. Если в первом временном промежутке большинство хирургов хорошо владело исполнением СПВ и различными видами ПП и ДП, то во втором - произошла существенная ротация кадров и на смену стажированным хирургам пришли молодые, не владеющие СПВ. В связи с этим первостепенной нашей задачей стало обучить их ПП и ДП, применяемым нами в клинике, т.к. существенное снижение количества больных осложненной ЯБ, поступающих в хирургический стационар, сделало проблематичным обучение хирургов технике СПВ, особенно работающих в экстренной хирургии.

Таким образом, технически грамотно исполненная СПВ, в сочетании с ДП, дающая хорошие результаты лечения осложненной ЯБ при дуоденальной локализации язвенного дефекта становится редкой операцией. Ее вытесняют более простые паллиативные операции, такие как ИЯ или УПЯ, после которых требуется регулярный или периодический прием противоязвенных препаратов и эрадикация *Нр*.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Сивец Н.Ф., Шафалович С.В., Михайлов В.В., Котов В.П., Дурович П.Г.
УВ "6-я городская клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы - заболевание, которое встречается почти у 50 % пожилых лиц, особенно у женщин, сопутствует язвенной болезни, хроническому холециститу. Актуальность ранней диагностики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы заключается в том, что ей очень часто сопутствует недостаточность нижнего пищеводного сфинктера, что в комплексе с ГПОД, как правило, является причиной гастроэзофагеального рефлюкса, который в свою очередь патогенетически связан с пищеводом Баррета и раком пищевода.

Ранее хирургическое лечение пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы обычно применялось при неэффективности консервативной терапии, а также при развитии осложнений. В настоящее время, в связи с внедрением малоинвазивных технологий, показания к хирургическому лечению значительно расширены. Следует отметить, что грыжа пищеводного отверстия диафрагмы часто сочетается с желчнокаменной болезнью и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, которые тоже требуют оперативного лечения. В данной ситуации эндоскопический доступ представляется идеальным и позволяет одновременно выполнить симультанные операции на разных органах брюшной

полости, удлинняя операцию всего на 30-40 минут, не увеличивая количество осложнений.

Цель. Целью работы являлось улучшение результатов хирургического лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Материал и методы. В хирургическом отделении 6-й городской клинической больницы в 2009 г. по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы 2-3 степени оперированы 13 пациентов. При выполнении операций исходили из главных принципов хирургического лечения данной патологии: не только устранить грыжу, сузить грыжевые ворота, но и обязательно восстановить нормальные взаимоотношения между желудком и пищеводом. При выделении пищевода и желудка использовали аппарат дозированного электротермического лигирования тканей "Liga sure" (США).

Среди оперированных пациентов женщин - 10 (76,9%), мужчин - 3 (23,1%). Средний возраст оперированных больных - 43,5 лет.

Операции у всех пациентов начинались эндоскопически, однако в 2-х случаях (15,4%) возникла необходимость в переходе на лапаротомию ввиду анатомических особенностей (короткий пищевод) и возникших технических сложностей. Симультанные эндоскопические операции (пластика по поводу грыжи и холецистэктомия) выполнены у 5 (38,5%) пациентов.

Спектр выполненных хирургических вмешательств следующий:

- лапаротомия, фундопликация по Ниссену - 1;
- лапаротомия, фундопликация по Дору - 1;
- эндоскопическая фундопликация по Ниссену - 4;
- эндоскопическая фундопликация по Ниссену + лапароскопическая холецистэктомия - 2;
- эндоскопическая фундопликация по Дору - 2;
- эндоскопическая фундопликация по Дору + лапароскопическая холецистэктомия - 3.

Результаты и обсуждение. Ближайший послеоперационный период у пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы характеризовался неосложненным течением, что позволяло вставать с постели на 1-2-е сутки, а выписываться из стационара - на 5-6-е сутки.

Отдаленные результаты (от 5 месяцев до года) прослежены у 9 (69,2%) пациентов. Дисфагических проявлений и рецидивов заболевания не отмечено, большинство пациентов ведет обычный образ жизни без медикаментов и соблюдения диеты.

Выводы.

Эндоскопические операции по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы являются малотравматичными, позволяют сократить срок нетрудоспособности и ускорить реабилитацию.

Симультанные эндоскопические операции при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы удлинняют общую продолжительность операции, но существенно не утяжеляют течение послеоперационного периода.

Литература.

1. Пучков, К. В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / К. В. Пучков, В. Б. Филимонов. - Медпрактика-М., 2003. - 172 с.
2. Использование малоинвазивных антирефлюксных операций при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной

КОМБИНИРОВАННЫЕ МИНИИВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Тимербулатов В.М., Сибает В.М., Сагитов Р.Б.,
Уразбахтин И.М., Шарафутдинов Р.Р.,
Бакиров Э.Р., Исмагилова Ю.М.
Башкирский государственный медицинский
университет,
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс в развитии эндохирургии, однозначно положительную и не вызывающую сомнений в целесообразности и преимуществах лапароскопического способа оперирования оценку на сегодняшний день заслужила лишь лапароскопическая холецистэктомия. По праву эта операция считается "золотым стандартом". Сложные лапароскопические операции, особенно связанные с анастомозированием полых органов, не нашли еще широкого распространения не только в России, но и в других развитых странах. Причинами мешающими выполнению сложных миниинвазивных операций являются их недостатки:

1. Отсутствие непосредственного мануального контакта с тканями, стереоскопического обзора операционного поля - утрата чувства истинной глубины и пространственных взаимоотношений инструментов при лапароскопии.

2. Ограниченность поля зрения и подвижности инструментов при минилапаротомии

Несмотря на значительное улучшение результатов консервативной терапии язвенной болезни желудка и ДПК, в нашей стране хирургическое лечение этой патологии остается актуальным. Впервые выполненная в России в 1992 г. лапароскопическая резекция желудка не нашла широкого распространения. Лишь отдельные клиники имеют опыт выполнения нескольких десятков лапароскопических резекций желудка. На наш взгляд, причиной здесь является не столько техническая сложность и продолжительность этой операции, сколько ее дороговизна. Так, только сшивающих кассет на резекцию желудка и наложение анастомоза требуется минимум 7-8 штук, что позволить себе могут отделения, активно занимающиеся эндохирургией. Тем не менее, считать лапароскопическую резекцию желудка однозначно бесперспективной нам кажется преждевременным.

Для выполнения операций на желудке с соблюдением принципов миниинвазивности перспективным на современном этапе представляется комбинирование лапароскопического и минилапаротомного этапов операции. Первые сообщения о подобных комбинациях при операциях на желудке относятся к 1994 г. Лапароскопия при любой операции дает качественный обзор всей брюшной полости, позволяет оценить патологию, ее

распространенность, операбельность, резектабельность и решить, может ли вмешательство быть выполнено с использованием эндохирургической технологии. В свою очередь, минилапаротомный этап позволяет осуществлять непосредственный мануальный контакт с тканями и наиболее трудоемкую часть операции, как наложение анастомоза, выполнять непосредственно в соответствии с традиционными принципами желудочной хирургии. Таким образом, эти два способа оперирования, дополняя друг друга, компенсируют присущие каждому из них недостатки, при этом используются преимущества обоих способов.

А.Ю. Созон-Ярошевич ввел пять критериев операционного доступа. Это - направление оси операционного доступа, глубина раны, угол операционного действия, угол наклона оси операционного действия к плоскости раны и зона доступности. В отношении лапароскопического вмешательства не все эти критерии применимы в том виде, как описаны автором применительно к лапаротомному доступу. Такой критерий, как глубина раны при лапароскопии имеет важное значение, пожалуй, лишь для эндохирургических инструментов, в то время, как для визуализации анатомических образований глубина раны теряет свой смысл, т.к. лапароскопическому осмотру доступны практически все органы брюшной полости. Такой критерий, как ось операционного действия также теряет свое значение "в поверхностных ранах или ранах, при которых орган извлекается на поверхность, так как в этих случаях имеется много осей операционного действия и орган доступен осмотру почти со всех сторон". Это утверждение вполне можно применить и к лапароскопическим операциям, т.к. при лапароскопии нередко визуализация органов отличается лучшим качеством по сравнению с лапаротомией, особенно, учитывая возможности увеличения изображения и использования при необходимости скошенной оптики. Полностью в неизменном виде критерии, разработанные А.Ю. Созон-Ярошевичем, применительны по отношению к минилапаротомным доступам. При этом, значительно осложняют выполнение такой операции ухудшение показателей таких критериев, как глубина раны, угол наклона оси операционного действия, зона доступности. Для выведения оперируемого органа на поверхность раны необходимы два условия - орган должен быть достаточно подвижным, т.е. находится мезоперитонеально и доступ должен быть выполнен точно над оперируемым органом. Поэтому манипуляции на фиксированных и ретроперитонеально расположенных органах значительно затруднены.

Комбинированный способ операций на современном этапе развития эндохирургии в большей степени соответствует постулату А.Ю. Созон-Ярошевича о том, что решение вопроса о доступах кроется в правильном сочетании двух принципов - малой травматичности и максимальной доступности. Поэтому комбинирование лапароскопического и минилапаротомного этапов при язвенной болезни желудка и начальных формах рака желудка должно найти более широкое применение в практической хирургии.

Материал и методы. В нашей клинике при гастродуоденальных язвах три вида операций выполняю-

Таблица. Влияние вида операционного доступа на микроциркуляцию брюшины

	Вид оперативного вмешательства				М1
	1	2	3	4	5
ВД	Лапароскопия	Минилапаротомия	Комбинированные	Лапаротомия	
Р	4-5% 0,01 < P1/P5	10-15% 0,01 < P2/P5	10-18% 0,01 < P3/P5	25%-42% 0,05 < P4/P5	100%

тся в комбинированном варианте. Это- лапароскопическая санация, дренирование брюшной полости и минилапаротомное ушивание или иссечение перфоративной язвы с пилоропластикой; лапароскопическая ваготомия с минилапаротомной дренирующей пилоропластикой; комбинированная резекция желудка с лапароскопической мобилизацией и минилапаротомным наложением анастомоза. За 2001-2003 г.г. в клинику с диагнозом перфоративной гастродуоденальной язвы поступило 82 пациента, из них 16 женщин и 66 мужчин в возрасте от 18 до 72 лет. В течение 6 часов от начала заболевания поступило 48 больных, до 24 часов -27, более 24 часов -7. Всем пациентам выполнялся комплекс необходимых клинико-лабораторных и инструментальных исследований, включающих рентгенографию брюшной полости, в некоторых случаях УЗИ, ФЭГДС и лапароскопию. Гибкая эндоскопия желудка и ДПК выполнялась практически всем больным даже с ясным диагнозом для того, чтобы определиться с хирургической тактикой: возможно ли в данном случае выполнение лапароскопического ушивания язвы или необходимо более радикальное вмешательство. Это зависит от локализации и размеров язвы, ригидности краев язвы, выраженности деформации ДПК и наличия пилоро- или бульбостеноза.

С лапароскопии операции начаты соответственно в 2001 г. у 15 пациентов, в 2001 г.- 17, в 2002 г.- у 37. Лапароскопически язвы ушиты в 2001 г. у 7, в 2002 г.- у 13, в 2003 г. - у 23. Противопоказанием к лапароскопическому ушиванию язвы являлись перфорационное отверстие более 8 - 10мм, выраженная инфильтрация, ригидность краев язвы, обуславливающие высокую вероятность прорезывания швов. В таких случаях выполнялась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости с минилапаротомией, иссечением язвы и пилоропластикой, которые произведены у 8 пациентов в 2001 г., у 4 в 2002 г. и у 14 в 2003 г. В тех случаях, когда имела место грубая деформация луковицы ДПК с декомпенсированным пилоробульбостенозом на фоне длительного язвенного анамнеза, выполнялась резекция желудка.

При резекции желудка из минидоступа (12 операций) значительные трудности возникли при мобилизации желудка и перевязке левой желудочной артерии, что в значительной мере повлияло на пересмотр выбора хирургического доступа. Комбинированным способом выполнено пять резекций желудка по Бильрот I с наложением терминолатерального гастродуоденоанастомоза в модификации клинки (авторское свидетельство №157254 от 22 февраля 1990). Лапароскопический этап операции выполнялся из четырех портов (параумбиликального, субксфоидального и двух подреберных) и включал в себя мобилизацию желудка по обеим кривизнам с лигированием левой желудочной артерии и отсечением желудка от ДПК. В дальнейшем из уточнен-

ного минилапаротомного доступа операция завершалась резекцией желудка и наложением гастродуоденоанастомоза. Мобилизация желудка выполнялась с применением сшивающего аппарата Endo GIA-30 или отдельным клипированием сосудов титановыми клипсами. Однако значительно облегчает, ускоряет и удешевляет мобилизацию желудка применение электрохирургического генератора LIGA- SURE, который позволил выполнить надежный гемостаз даже левой желудочной артерии. Данная методика мобилизации желудка была применена у 9 больных, интра- и послеоперационных осложнений не было. Из технических особенностей отметим, что электролигирование левой желудочной артерии выполняли как правило дважды, а при анатомических особенностях архитектоники сосудов желудка (короткие артерии), выраженном перигастрите, этот этап выполняли после пересечения желудка.

С целью улучшения методики комбинированных операций было разработано устройство, которое применялось при лапароскопии, создавая минидоступ сходный с возможностями с аппарата "Мини-ассистент" М.И. Прудкова. Разработанное устройство представляет собой троакар-ретрактор, который устанавливается как лапароскопический троакар (приоритетная справка на патент № 2003109911 от 11 апреля 2003г). Отличительной особенностью устройства является создание условий для лапароскопического и минилапаротомного доступа в любом моменте операции. Алгоритм операции при использовании данного устройства заключался в первоначальном лапароскопическом этапе, при котором выполнялись необходимые манипуляции. Вторым этапом в уточненном доступе устанавливалось разработанное устройство. Выполнялся минилапаротомный этап операции. Устройство позволяло герметизировать брюшную полость для наложения пневмоперитонеума и продолжения лапароскопического этапа операции (контроля гемостаза, санации, установки дренажей). Таким образом, достигнут технический результат - осуществление сложных операций миниинвазивно, путем комбинации доступов. Преимуществами явились: объединение разных оперативных методик в одну миниинвазивную операцию, выполняемую одной бригадой хирургов; и минимальное время смены доступов.

Результаты и обсуждение. Послеоперационный период комбинированных вмешательств на желудке отличался гладким течением по сравнению с лапаротомией. Менее выраженный болевой синдром, способствовавший ранней активизации и быстрому восстановлению моторики кишечника подтвердил положение о том, что наибольшим травматическим фактором операции является, как правило, сам широкий доступ и отвечает требованию малой травматичности и максимальной доступности.

Были произведены исследования влияние вида

доступа лапароскопического, минилапаротомного и широкого лапаротомного на состояние микроциркуляции париетальной брюшины. С этой целью применяли анализатор капиллярного кровотока ЛАКК -01 НПП "Лазма" г. Москва, основанный на методе доплеровской флоуметрии. Для проведения измерений был разработан специальный зонд (свидетельство на рационализаторское предложение № 2571 выданное Башгосмедуниверситетом от 17.01.03), а для оценки влияния доступа (ВД) на микроциркуляцию брюшины - алгоритм измерений (свидетельство на рационализаторское предложение № 2564 выданное Башгосмедуниверситетом от 14.01.03). Определяли микроциркуляцию брюшины области доступа, в зоне операции в начальном этапе (М1) и по завершении оперативного вмешательства (М2). Расчет влияния доступа производился по формуле:

$$ВД = 100\% - \frac{М2 \times 100\%}{М1}$$

ВД- влияние доступа, указывает на сколько процентов доступ изменил микроциркуляцию брюшины.

М1- микроциркуляция брюшины доступа в начале операции.

М2- микроциркуляция брюшины доступа в конце операции

Микроциркуляция М - характеризует поток эритроцитов в единицу времени в объеме ткани, зондируемом излучении анализатора ЛАКК-01. Определение влияния доступа при разной патологии основано на анализе исходного состояния микроциркуляции брюшины принимаемом за 100% и анализе изменения ее по завершении оперативного вмешательства. Такой подход позволил оценить только влияние хирургического доступа на состояние микроциркуляции независимо от заболевания.

Наибольшее влияние доступа на микроциркуляцию брюшины было при лапаротомии ($p < 0,05$), среднее при минилапаротомии ($p < 0,01$) и минимальное - при лапароскопии ($p < 0,01$). При комбинированных операциях снижение микроциркуляции ($p < 0,01$) происходило практически идентично минилапаротомным операциям. Снижение микроциркуляции при лапароскопии, минилапаротомии и комбинированных доступах было в 2-3 раза меньше, чем при лапаротомии.

Выводы. Таким образом, комбинированные способы позволили выполнять сложные хирургические операции миниинвазивно. Комбинация способов позволила произвести полноценную ревизию органов брюшной полости, выполнить подготовительные хирургические манипуляции, определить место наиболее рационального доступа для минилапаротомии. По степени влияния на микроциркуляцию комбинированные операции объективно явились миниинвазивными.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГЭРБ) У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Хотиловская И.И., Бовтюк Н.Я., Козлов И.Б., Муковозова И.Л., Цыганкова О.В., Журавский А.В., Воронай В.И., Микулко И.И., Матюк Ю.С., Стебурако Н.А.,
 УО "Белорусский государственный медицинский университет",
 УЗ "З-ГКБ им. Е.В. Клумова", г. Минск,
 УЗ "Лидская ЦРБ", Гродненская область,
 УЗ "Вилейская ЦРБ", Минская область,
 Республика Беларусь

Актуальность. Являясь "болезнью цивилизации" ГЭРБ охватывает всё большее число людей. Социально-экономическая значимость приобретает большую актуальность в связи с тем, что ГЭРБ страдают люди в абсолютном большинстве случаев трудоспособного возраста в возрастной группе от 20 до 60 лет [1, 2].

Цель. Определение взаимосвязи:

- 1) между постановкой диагноза ГЭРБ и специализацией врача-клинициста;
- 2) между выявлением ГЭРБ и квалификацией и стажем работы врача-эндоскописта, а также вида диагностической аппаратуры.

Материал и методы. В основу работы положены результаты анализа протоколов эзофагогастроуденос-

Рис. 1. Соотношение эндоскопически позитивной и негативной ГЭРБ.

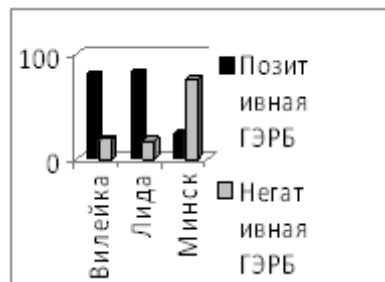
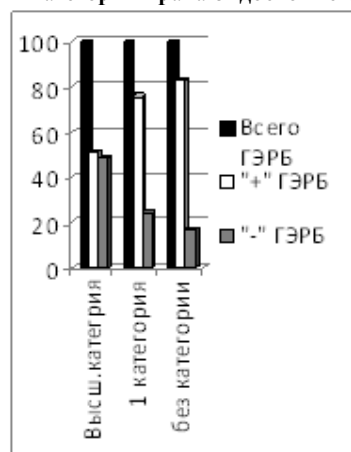


Рис. 2. Выявление эндоскопически позитивной и негативной ГЭРБ в зависимости от квалификационной категории врача-эндоскописта.



копии (ЭГДС), произведенных на трех базах за 2007 год:

1) районный эндоскопический центр УЗ "3-ГКБ им. Е.В.Клумова" - 1144 протокола, из которых ГЭРБ обнаружена у 345 (30,6%);

2) эндоскопическое отделение УЗ "Лидская ЦРБ" - 3963 протокола, из которых ГЭРБ у 985 пациентов (24,9%);

3) эндоскопический кабинет УЗ "Вилейская ЦРБ" - 1945 протоколов, из которых ГЭРБ у 245 пациентов (12,6%).

Результаты и обсуждение. Проведенный нами анализ показал, что 97,2% направительных диагнозов не отразили патологию пищеводно-желудочного перехода. Нами было отмечено, что, как направительный диагноз, ГЭРБ озвучивалась только врачами терапевтического профиля. Интересна закономерность, что врачами-эндоскопистами Вилейской и Лидской ЦРБ диагноз ГЭРБ ставился в абсолютном большинстве случаев при наличии эндоскопических признаков эзофагита, трактуемой в литературе, как эндоскопически позитивная ГЭРБ (рис. 1). В этих центрах для диагностики не использовались видео-аппаратура и реверсивный осмотр.

Нами была выявлена прямая корреляция между частотой постановки диагноза эндоскопически негативной ГЭРБ и стажем работы и квалификационной категории врача-эндоскописта (рис. 2). Так, врачи высшей категории, имея также и больший стаж работы по специальности, четко формулировали диагнозы при полном и подробном описании верхних отделов пищеварительного тракта, что дает возможность врачу-клиницисту объективно оценить состояние больного и назначить адекватную терапию заболевания. Врачи без категории нечетко оформляли протоколы осмотра, что не позволяет объективно поставить диагноз в связи с возможностью различного трактования полученных результатов.

Выводы.

1. Полученные результаты работы показывают необходимость перенятия опыта зарубежных врачей, где лечащий врач-гастроэнтеролог обладает навыками проведения диагностических процедур с единой субъективной оценкой, а также реальной оценкой клинических данных пациентов, что в совокупности позволяет подбирать индивидуально схемы лечения больных с лучшими результатами.

2. Являясь повсеместно доступной, малотравматичной, высокоинформативной и экономически выгодной процедурой, ЭГДС остается лучшим методом скрининг-диагностики ГЭРБ в РБ.

3. По данным мультицентрического исследования, заболеваемость ГЭРБ у населения РБ составляет 22,4 % из 7052 обследованных.

Литература:

1. Шмакова, Е. А. Эзофагогастральные дисфункции у больных после фундопликации / Е. А. Шмакова, В. В. Анищенко // *Эксперимент. и клин. гастроэнтерол.* - 2005. - № 5. - С. 93-98.

2. Хулуп, Г. Я. Грыжи пищевого отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальная болезнь в программах преподавания БелМАПО / Г. Я. Хулуп // *Грыжи пищевого отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальная болезнь: материалы респ. науч.-практ. конф., Минск, 29 апр. 2008 г. - 2008. - Вып. 1. - С. 5.*

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНОСТАЗА

Шапошников В.И.

Кубанский государственный медицинский университет,

г. Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) относится к числу сравнительно малоизученных заболеваний. Ее появление наиболее часто связывают или с артериомезентериальной компрессией просвета двенадцатиперстной кишки (ДПК) на уровне дуоденоюнального перегиба (ДЕП), или с появлением низкой пептической язвы ДПК. К другим причинам развития ХДН относят воспалительные инфильтраты, лимфадениты в области связки Трейца, и рубцовое перерождение этой связки, а также и значительное смещение ДЕП влево, что сопровождается его перегибом под острым углом.

Перечисленные факторы постоянного сужения просвета ДПК в выходном ее отделе является одной из причин заброса дуоденального содержимого в желудок с развитием рефлюкс-гастрита и рефлюкс-эзофагита. Без устранения указанных причин образования ХДН все операции, направленные или на создание клапанных перекрытий просвета привратника желудка, или на его высвобождение из рубцовых тканей обречены на неудачу. Наиболее распространенным способом ликвидации ХДН является метод Стронга, при котором производится пересечение связки Трейца [1, 2].

Цель. Клиническая оценка способа коррекции ХДН за счет абдоминализации нижней горизонтальной ветви ДПК.

Материал и методы. За 1994-2009 гг. во 2 ЭХО КГЦСМП по поводу ХДН было прооперировано 32 пациента в возрасте от 26 до 69 лет, из которых мужчин было 27(83,4%) человек. Все они поступили с осложненной язвой желудка и ДПК. После остановки желудочно-кишечного кровотечения консервативными способами, повторные эндоскопические исследования показали, что наряду с язв259ами у всех этих пациентов имеются выраженные признаки рефлюкс-гастрита и рефлюкс-эзофагита. По причине угрозы рецидива кровотечения, все они были подвергнуты оперативному лечению.

Истинная причина ХДН была определена лишь при лапаротомии, при этом только у 3 (9,37%) пациентов эта патология была обусловлена артериомезентериальной компрессией просвета двенадцатиперстной кишки в области ДЕП. У остальных 29(90,63%) же больных ХДН была вызвана развитием рубцовой ткани в зоне ДЕП со значительным анатомическим смещением связки Трейца и прилежащего к ней участка ДПК влево от средней линии тела. Это привело к перегибу ДЕП под острым углом. ДПК была значительно расширена в диаметре и содержала жидкость типа кофейной гущи. Хирургическое пособие начинали с устранения ХДН. Для этой цели была пересечена связка Трейца с последующей субтотальной абдоминализацией нижней горизонтальной ветви ДПК (путем циркулярного ее выделения из брюшинной клетчатки в свободную брюшную полость, что произво-

дилось с использованием лопаточки Буяльского - для предотвращения случайного повреждения сосудов). Коррекция замыкательной функции кардии желудка производилась или путем фундопликации с фундопексией по Ниссену, или с дополнительной коррекцией еще и угла Гиса по Оноприеву. При рубцово-язвенной деформации гастродуоденальной зоны производили или пилоропластику (по Финнею, Гейнеке-Микуличу) или мостовидную дуоденопластику. У 16 (50%) же больных была выполнена селективная проксимальная ваготомия.

Результаты и обсуждение. Использование описанной органосохраняющей технологии устранения ХДН у всех 32 пациентов дало только хорошие и отличные ближайшие и отдаленные результаты лечения. Явления рефлюкс-гастрита полностью были купированы. Это было подтверждено путем рентгенологических и эндоскопических методов исследованием.

Выводы. Разработанный способ субтотальной абдоминализации нижней горизонтальной части ДПК позволяет без нарушения целостности стенки этой кишки надежно устранить все явления ХДН и тем самым улучшить прогноз лечения язвенной болезни желудка и ДПК. Методика проста и не требует специального инструментария для своего исполнения.

Литература:

1. Оноприев, В. И. *Этюды функциональной хирургии язвенной болезни* / В. И. Оноприев. - Краснодар, 1995. - 293 с.
2. *Дуоденопластика как дренирующая операция в хирургии постбульбарных стенозирующих дуоденальных язв* / А. Ф. Черноусов [и др.] // *Вестн. хирургии.* - 1983. - № 3. - С. 56-59.

МИКРОБНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ШВА ГАСТРОЕЮНОАНАСТОМОЗА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ - 2

Шотт В.А.

УО "Белорусский государственный медицинский университет

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Резекция желудка, выполненная ручным швом Альберта-Шмидена, сопровождается высоким микробным инфицированием зоны кишечного шва и значительным числом осложнений [1]. В доступной литературе мы не встретили сведений об исследовании микробного инфицирования тканей в зоне механического и ручного швов гастроэюноанастомоза. С 1996 г. мы применили в эксперименте и клинике новый способ формирования гастроэюноанастомоза при резекции желудка по Бильрот - 2.

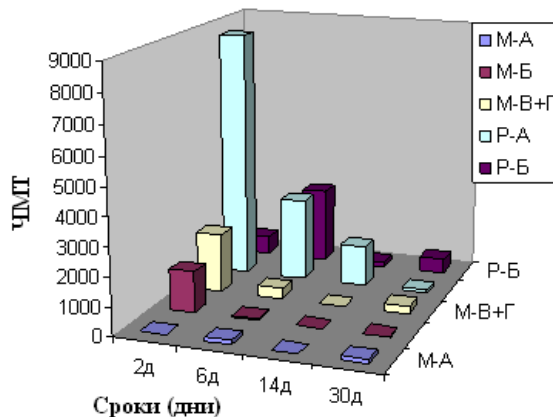
Цель. Изучение микробного инфицирования тканей гастроэюноанастомоза при резекции желудка по Бильрот-2 в зависимости от вида шва.

Материал и методы. У 16 беспородных собак выполнили резекцию желудка по Бильрот-2. У 8 животных гастроэюноанастомоз формировали ручным

швом Альберта-Шмидена, у 8-новым способом (патент РБ № 7742); при котором переднюю стенку ушивали механическим эвергированным, а заднюю - механическим инвертированным швами. Углы анастомоза ушивали ручным П-образным серозно-мышечно-подслизистым швом с перитонизацией линий механического и ручного швов. Животных выводили из опыта спустя 2, 6, 14 и 30 суток после операции (по 2 собаки на каждый срок наблюдения). С целью количественной оценки микробного инфицирования шва гастроэюноанастомоза мы провели морфометрическое исследование зоны шва (по 6 срезов на область исследования у каждого животного). При исследовании гастроэюноанастомоза, сформированного новым способом, изготавливали срезы тканей швов передней (А) и задней (Б) его стенок; срезы углов соустья обозначали буквами В (верхний) и Г (нижний). При формировании гастроэюноанастомоза ручным швом, изготавливали срезы передней (А) и задней (Б) его стенок. Срезы окрашивали по Брауну для выявления грамм-положительных и грамм-отрицательных штаммов кишечной палочки. Исследования проведены на микроскопе производства ПНР при увеличении $\times 400$ с использованием тестовой окулярной сетки. При морфометрическом исследовании препаратов подсчитывали число микробных тел (ЧМТ), выявленных на стандартной площади гистологического среза. В каждом препарате исследовали 6 полей от поверхностных до базальных слоев слизистой, на 3 отступа от края разреза слизистой на ширину тестовой окулярной сетки. Данные суммировали по локализации, срокам наблюдения и оценивали статистически при помощи критерия Колмогорова-Смирнова.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования представлены на рисунке.

Спустя 6 суток после операции микробное инфицирование передней стенки шва гастроэюноанастомоза, сформированного традиционным способом, превышает в 27,6 раза, а задней - в 28,3 раза аналогичные показатели для гастроэюноанастомоза, сформированного механическим швом. Наибольшее микробное инфицирование тканей зоны шва отмечено спустя 2 суток после операции при формировании передней стенки соустья ручным швом Шмидена. Различия между группами сравнения имеют высокую степень достоверности ($P < 0,001$).



Р - ручной шов;
 М - механический шов;
 А - передняя стенка;
 Б - задняя стенка;
 В+Г - углы (усредненная сумма)

Выводы.

1. Микробное инфицирование зоны шва гастроэюноанастомоза, сформированного новым способом, спустя 6 суток после операции в 27,6 - 28,3 раза меньше, чем шва, сформированного традиционным способом. Это значительно увеличивает риск микробных осложнений у больных, оперированных традиционным способом.

2. Наибольшая величина микробного инфицирования зоны шва гастроэюноанастомоза отмечена через 2 суток при формировании передней стенки соустья ручным швом Шмидена.

Литература:

1. *Теория и практика кишечного шва: монография / А. А. Абуховский [и др.]; под общ. ред. А. В. Шотта, А. А. Запорожца. - Минск: БГМУ, 2006. - 178 с.*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ

*Etin Ahmed oglu Ersoy, Юсиф-заде К.,
Университет Газа,
г. Анкара, Турецкая Республика,
Центральная Больница Нефтяников,
г. Баку, Азербайджанская Республика*

Актуальность. Симптоматическая гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и в наше время является серьезным заболеванием в гастроэнтерологии.

Цель. Главной целью работы является оценка эффективности использования лапароскопической фундопликации по Ниссен-Розетти в лечении ГЭРБ и риска возникновения осложнений.

Материал и методы. В течение 5 лет 320 больным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью было произведена лапароскопическая фундопликация по Ниссен-Розетти. 219 (68%) мужчины, 101 (32%) - женщины. У 56 (18%) больных были обнаружены скользящие хиатальные грыжи или грыжи I типа.

Все больные были обследованы клинически и эндоскопически, а больным с неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью была дополнительно проведена рН-мониторизация пищевода.

Начиная с первого года после операции, через каждые 6 месяцев, проводился эндоскопический контроль оперированных больных, а в дальнейшем контрольные эндоскопические наблюдения повторялись раз в год в течение 5 лет. В результате лишь одной больной (0,3%) с продолжительными дисфагическими расстройствами был повторно оперирован, ему была произведена повторная фундопликация по Ниссен-Розетти.

Результаты и обсуждение. Все больные с различными формами ГЭРБ были оперированы по методу Ниссен-Розетти, в результате чего почти у всех больных клинические симптомы исчезли на 90% сразу после

операции. После операции только у 1-го (0,3%) больного наблюдались дисфагические расстройства, он был повторно оперирован лапароскопическим путем.

В наблюдениях X. G mez C rdenas et al. [1], проводимых в течение 6 - 8 месяцев, 27,4% больным была произведена лапароскопическая фундопликация по Ниссену, 31,5% больным по Ниссен-Розетти, 41,1% по Тьюпет. В итоге 5 (7%) из оперированных больных по Ниссен-Розетти были повторно оперированы из-за дисфагических расстройств, а 1 больной (1%), оперированный по Тьюпет, был повторно оперирован из-за разрыва фундопликации. Таким образом, успех при операции по Ниссену был достигнут в 98,5%, по Ниссен-Розетти в 93%. В нашем случае все больные были оперированы по методу Ниссен-Розетти и успех был достигнут в 90% случаев, что совпадает с вышеуказанными данными. Но в нашем исследовании только 1 больной был повторно оперирован. В исследованиях G. del Genio et al. [2] все больные были оперированы по методу Ниссен-Розетти и улучшение было достигнуто в 96% случаев, а послеоперационная дисфагия возникла лишь в 3,5% случаев, что также совпадает с нашими данными. Повторные операции неизбежны при сохраненной симптоматике рефлюкс-эзофагита, что подтверждается данными зарубежной литературы.

Выводы.

1. Все больные с ГЭРБ первоначально должны лечиться консервативным путем.

2. Не поддающиеся медикаментозному лечению рефлюкс-эзофагиты должны лечиться оперативным путем с использованием лапароскопической фундопликации.

3. Лапароскопическая фундопликация по методу Ниссен-Розетти является оптимальной при оперативном лечении ГЭРБ.

Литература.

1. *Departamento de Cirugia General, Centro Medico ABC, Mexico / X. Gomez Cardenas [et al.] // Rev. Gastroenterol. Mex. - 2005. - Vol. 70, N 4. - P. 402-410.*

2. *First Division of General and Gastrointestinal Surgery, Second University of Naples, via Pansini, 5 I-80131, Naples, Italy / G. del Genio Rossetti [et al.] // World J. Surg. - 2007. - Vol. 31, N 5. - P. 1099-1106.*

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ЖЕЛУДКА

Юркова Е.А.

*Смоленская государственная медицинская академия,
г. Смоленск, Российская Федерация*

Актуальность. Лимфотропная терапия - одна из составляющих комплексного лечения различных патологических состояний, основанная на ценных морфологических сведениях по функциональной анатомии лимфатической системы [2, 3]. Известно об элиминации различных жидкостей из субсерозного депо стенки органов брюшной полости, позволившие применить регионарные инфузии [1]. Однако сообщений о методах введения

лекарственных препаратов в экстрагастральную клетчатку и в tela subserosa стенки желудка не было найдено.

Цель. Исследование посвящено разработке методов лимфотропных регионарных инфузий с использованием парагастральных клетчаточных пространств и tela subserosa стенки желудка.

Материал и методы. На 50 нефиксированных трупах взрослых людей обоего пола мы изучали анатомические особенности парагастральной клетчатки и tela subserosa стенки желудка, провели поиск новых способов лимфотропных регионарных инфузий с целью обеспечения благоприятных условий для заживления ран стенки желудка при операциях на нем.

Основные приемы техники регионарных инфузий в lig. hepatogastricum и tela subserosa стенки желудка разработаны на трупах людей и апробированы на крысах линии Вистар с моделью оперативного вмешательства на желудке в трех сериях опытов (патенты на изобретения №2149584 РФ и № 2154416 РФ). В двух основных сериях опытов в конце операции вводили 0,25% раствор новокаина в клетчатку вблизи малой кривизны или субсерозно в края ушитой раны, в контрольной серии - инфузии не проводились

Результаты и обсуждение. Экспериментальные исследования показали, что регионарные экстрагастральные инфузии помогают справиться с болевым синдромом и атонией желудка, введение раствора новокаина в tela subserosa оказывает выраженный гемостатический эффект и способствует герметизации кишечного шва, что, в свою очередь, способствует улучшению заживления операционной раны.

Во время операций оценивали гемостаз и герметичность кишечного шва, измеряли биопотенциалы тканей стенки желудка, при релaparотомии на 3, 7 и 10 сутки забирали кусочки регенерата стенки желудка для морфологического и тензиометрического исследований.

Визуально в опытных группах рубцы были более нежными, эластичными и прочными, что полностью соответствовало данным гистологического и тензиометрического исследований. Микроскопически у всех животных были выявлены признаки выраженного гнойно-продуктивного воспаления в зоне рубца и инфильтрация в серозной оболочке желудка, прилегающей к рубцовой ткани. В опытной группе степень выраженности гнойного воспаления сильно варьировала, но в целом оно было меньшим по сравнению с контрольной. Обнаруживали многочисленные митозы, функция слизиобразования была сохранена. В единичных наблюдениях шло формирование лимфоидных фолликулов, обнаружены признаки перестройки, упрощение строения глубоких отделов желез, кистообразование, с признаками дисплазии эпителия. Разрывное напряжение регенератов в опытной группе к 10 суткам составило 0,4 МПа, в контрольной же группе не достигло этого значения даже к 14 суткам и составило всего лишь 0,3 МПа. Установлено, что повреждение ткани изменяет ее биоэлектрическую активность, а субсерозное введение раствора новокаина в область краев ушитой раны возвращает ее показатели к исходным.

Выводы. Проведенные исследования показали, что регионарное введение новокаина в парагастральную

клетчатку и субсерозно, в висцеральную клетчатку стенки желудка улучшает результат оперативного вмешательства на нем. Инфузии по предлагаемой методике помогают справиться с болевым синдромом и атонией желудка, создают условия для улучшения репаративных процессов, сокращают сроки заживления раны и снижают число послеоперационных осложнений гнойно-воспалительного характера. Разработанная методика регионарных инфузий, технически проста, безопасна, может быть выполнена лапароскопически. Возможно ее использование в комплексном лечении заболеваний желудка.

Литература:

1. Джумбаев, С. А. Лимфатическая терапия через круглую связку печени в хирургии желчного пузыря и желчных протоков / С. А. Джумбаев, В. А. Хакимов // Первый Белорус. Междунар. конгр. хирургов / под ред. А. Н. Косинца. - Витебск, 1996. - С. 579-580.

2. Левин, Ю. М. Основы лечебной лимфологии / Ю. М. Левин. - М.: Медицина, 1986. - 288 с.

3. Folsom, D. I. Intraluminal antibiotic delivery for reducing acute prosthetic graft infection / D. I. Folsom, D. Franceschl, Y. R. Rubin // J. Cardiovasc. Surg. Torino. - 1992. - Vol. 33, N 6. - P. 660-663.

ОСОБЕННОСТИ БЕЗОПАСНОЙ ДВУХСТУПЕНЧАТОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ ПРИ ПОЛИПАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Юсиф-заде К., Алиева М., Аскерова Г., Ахмедзаде Э.
Центральная Больница Нефтяников,
г. Баку, Азербайджанская Республика*

Цель. Анализ результатов проведенных нами гастроинтестинальных полипэктоми и разработка техники 2-х ступенчатой полипэктоми.

Материал и методы. За первое полугодие 2010-го года была произведена эндоскопическая полипэктоми у 45-и больных. Из них 25 женщин и 20 мужчин. Возраст больных от 9 до 76 лет (средний возраст 54 года). У 4-х больных полипы находились в 2-х разных локализациях. Была произведена 1 эзофагеальная, 8 гастроскопических, 3 бульбарных, 37 колоноскопических полипэктоми. 13 больных обратились к нам с жалобами на боль в эпигастральной области, 1 на боль во время дефекации, 2-ое на вздутие, 3-ое на изжогу, 1 на отрыжку, 6 больных с гематокезией, 8 с запорами, у 3-х больных наблюдались запоры и следы крови во время дефекации, у 7-и больных поносы и гематокезия, у 1-го мелена. У всех больных были произведены общий анализ крови, коагулограмма и ЭКГ. Больным за день до колоноскопической полипэктоми было осуществлено очищение кишечника.

Результаты и обсуждение. Если говорить о локализации полипов, то у 1-го больного полип находился в дистальной 1/3-и пищевода, у 3-х в кардиальной части желудка, у 2-х в теле желудка, у 2-х в антральной части желудка, у 1-го в пилорической части желудка, у 3-х в луковице 12- перстной кишки, у 15-и в сигмовидной, у 9-и в прямой, у 5-и в восходящей ободочной, у 2-х в

поперечной, у 2-х в нисходящей ободочной кишке, у 1-го на месте ректосигмоидного сочленения.

Обезболивание во время полипэктомии у 41-го больного было произведено посредством интравенозной глубокой седации, у 2-х больных посредством Дормикума (Мидазолам) в дозе 0,3 мг/кг. У 1-го больного колоноскопическая полипэктомия была произведена без обезболивания (полип прямой кишки). Макроскопически у 33-х больных наблюдались полипы размером до 3-х см, у 8-и больных были полипы больше 3-х см, у 4-х на широком основании. 3-м больным с полипами на широком основании и 2-м больным с полипами размерами больше 3-х см была произведена 2-х ступенчатая полипэктомия.

У всех больных после инъекции раствора адреналина в отношении 1:10000 в основание полипа была произведена полипэктомия в режиме "coagulation-cut" аппарата ERBE ICC 200. Ни у одного больного не наблюдалось таких осложнений, как кровотечение и перфорация. Средний койко-день лечения больных составил 1,9 дней.

В нашем случае проведение 2-х ступенчатой полипэктомии при полипах на широком основании и больших размеров, а так же выполнение подслизистой инфильтрации раствора адреналина дало возможность полностью удалить полипы и избежать таких осложнений, как перфорация и кровотечение.

В литературе встречаются множество сообщений о разработке методов безопасной полипэктомии. К.Ф. Binmoeller et al. [1] включили в исследование 176 больных со 129-ю полипами на широком основании и 47-ю полипами больших размеров. У половины (48%) больных с полипами на широком основании и у 4% больных с полипами больших размеров была произведена ступенчатая полипэктомия, что дало возможность полностью удалить полипы, избежав хирургических вмешательств.

У.Н. Hsieh et al. [2] провели сравнительное исследование у 120-ти больных со 151 полипом на широком основании. По результатам исследования, в группе, где производилась подслизистая инфильтрация раствора адреналина, кровотечение наблюдалось в 3 раза меньше, что совпадает с результатом нашей работы [2].

Таким образом, при полипах желудочно-кишечного тракта применение 2-х ступенчатой полипэктомии в зависимости от морфологии полипов, а также выполнение подслизистой инфильтрации основания всех полипов и работа с петлей в режиме "endo-cut" дает возможность получать более хорошие результаты.

Выводы:

1. Полипы на широком основании и полипы больших размеров безопаснее удалить одномоментно, двухступенчато.

2. Во время всех полипэктомий нужно выполнять сначала эндокоагуляцию, а затем эндоразрезание.

3. Все полипэктомии должны выполняться в режиме "endo-cut".

4. Перед каждой полипэктомией должна выполняться подслизистая инфильтрация.

5. На каждом этапе нужно производить контрольное обследование и проверять гемостаз при повторном введении эндоскопа.

Литература.

1. *Endoscopic snare excision of "giant" colorectal polyps* / К. Ф.

Binmoeller [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* - 1996. - Vol. 43. - P. 183.

2. *Is submucosal epinephrine injection necessary before polypectomy? A prospective, comparative study* / Y. H. Hsieh [et al.] // *Hepatogastroenterology.* - 2001. - Vol. 48, N 41. - P. 1379-1382.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО НИССЕН-РОЗЕТТИ У БОЛЬНЫХ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ И ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

*Юсиф-заде К., Гасанов Э., Билалова Р., Садиев М.
Центральная Больница Нефтяников,
г. Баку, Азербайджанская Республика*

Цель. Оценить результаты применения фундопликации по Ниссен-Розетти у больных с рефлюксэзофагитом.

Материал и методы. За первое полугодие 2010 года 16 больным проведена лапароскопическая фундопликация по Ниссен-Розетти. У 14 из 16 больных были жалобы на дисфагию, ретростеральную изжогу, боль, иррадирующую между лопатками. Они не менее 2-х лет наблюдались нами с диагнозом рефлюкс-эзофагит, хиатальные грыжи различной степени.

Критерии отбора для лечения были следующие: а) наличие стойких симптомов рефлюкс-эзофагита и поражения слизистой дистального отдела пищевода, не поддающихся медикаментозному лечению более 2-х лет; б) хиатальная грыжа до 2 см, от 2-х до 4 см и более 4 см в измерении от кардиоэзофагеального соединения или пищеводного отверстия диафрагмы до Z-линии дистального отдела пищевода.

При исследовании у 2-х больных выявлены параэзофагеальная грыжа с дефектом диафрагмы > 6 см, у 9-и больных хиатальная грыжа 5 см, у 2-х больных желчнокаменная болезнь и хиатальная грыжа - 4 см. Длительность операции варьировала от 45 минут до 2,5 часов. Средний койко-день составляет 2,5 дня. Всем больным произведено лапароскопическая фундопликация по Ниссен-Розетти, 2-м больным дополнительно холецистэктомия, 3-м больным хиатопластика пищеводного отверстия диафрагмы полипропиленовой сеткой. У двух больных с дисфагией было произведена эндоскопическая баллонная дилатация дистального отдела пищевода на 3-ей и 4-ой неделе после операции. У одного больного через 3 дня после операции наблюдалось кровотечение из гематомы субкардиального отдела, которое было остановлено консервативным путем.

Всем больным через один день назначалось пероральное питание, а через один месяц после операции рутинно проводилось контрольное эндоскопическое исследование.

Результаты и обсуждение. Все наши больные были оперированы по методике Ниссен-Розетти без необходимости пересечения коротких артерий желудка, что намного сокращает время операции и совпадает с данными зарубежных коллег [1, 2]. Во всех случаях не было перехода на традиционную лапаротомию, а так же смертельных случаев, что совпадает с данными литературы [2]. После операции наблюдались дисфагические

расстройств у 2-х больных, которым были проведены эндоскопическая баллонная дилатация. Также у одного больного наблюдалось кровотечение из гематомы подслизистой области, которое было остановлено консервативным путем. Названные выше осложнения являются не угрожающими как жизни, так и качеству жизни больных, что подтверждается данными зарубежной литературы.

Выводы.

1. Параэзофагеальные грыжи должны лечиться исключительно оперативным путем с использованием лапароскопической фундопликации и, если необходимо, хиатопластики полипропиленовой сеткой.

2. При хирургическом лечении рефлюкс-эзофагитов и хиатальной грыжи методом выбора является лапароскопическая фундопликация по методу Ниссен-Розетти.

Литература.

1. *Laparoscopic partial fundoplication vs laparoscopic Nissen-Rossetti fundoplication. Surgical Endoscopy, Springer-Verlag New York Inc 1997 / D. B. Coster [et al.] // Surg. Endosc. - 1997. - Vol. 11. - P. 625-631.*

2. *Laparoscopic Nissen-Rossetti fundoplication is effective to control gastro-oesophageal and pharyngeal reflex detected using 24-hour oesophageal impedance and pH monitoring (M II-PH) / G. Del Genio [et al.] // Acta otorhinolaryngol ital. - 2006. - Vol. 26, N 287. - P. 292.*

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Якута И.С., Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Шорох С.Г., Седун В.В., Можак Д.Д., Хваленов Д.В. УЗ"10-я ГКБ", Городской центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями, ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Прогрессирование гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), обусловленной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), в ряде случаев приводит к развитию тяжелых осложнений, одним из которых является гастроэзофагеальное кровотечение [1, 2, 3].

Цель. Внедрение лапароскопических антирефлюксных операций при ГЭРБ, осложненной пищеводно-желудочным кровотечением.

Материалы и методы. С 2006 по 2009 гг. в Центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями г. Минска оперировано 36 пациентов с ГЭРБ, обусловленной скользящей ГПОД, осложненной кровотечением. Из них мужчин - 24, женщин - 12 в возрасте от 30 до 72 лет. Все госпитализированы с признаками гастроинтестинального кровотечения. Длительность диспептических проявлений от 1,5 до 11 лет. Эпизод желудочно-кишечного кровотечения, стационарного

лечения по поводу анемии в анамнезе имели 14 пациентов. Источник кровотечения верифицирован эндоскопически. Причиной пищеводно-желудочной геморрагии в 14 случаях явились эрозии пищевода; единичный разрыв слизистой - синдром Меллори-Вейсса - зафиксирован у 10 больных; эрозивно-геморрагический гастрит грыжевой части желудка отмечен у 5 человек и у 7 пациентов имели кровоточащие язвы кардиоэзофагеальной зоны размерами от 0,6 см до гигантских циркулярных поражений. В подавляющем большинстве случаев кровотечение носило диффузный диапедезный характер и только 6 больным потребовалось проведение инъекционного эндоскопического гемостаза этоксисклеролом.

Пищеводно-желудочное кровотечение при ГЭРБ, обусловленной ГПОД, на наш взгляд, является абсолютным показанием для хирургического лечения, которое мы применили в эндовидеолапароскопическом варианте после эндоскопически подтвержденной эпителизации эрозий и язвенных дефектов кардиоэзофагеальной зоны.

Задняя крурорафия в сочетании с двусторонней фундопликацией по Touret выполнена 17 пациентам. В 6 случаях она сочеталась с лапароскопической холецистэктомией и 1 пациентке, с диагностированной гемангиомой левой доли печени (2-3 см), дополнительно произведена лапароскопическая атипичная резекция левой доли печени с опухолью. Лапароскопическая задняя крурорафия с фундопликацией по Nissen произведена 19 пациентам, в 5 случаях, при подтвержденной гиперацидности, дополненная лапароскопической селективной проксимальной ваготомией.

У всех больных арефлюксное вмешательство включало эзофагокрурорафию, мобилизацию абдоминального отдела пищевода с обязательной визуализацией и сохранением стволов блуждающих нервов и их висцеральных ветвей, формирование манжеты протяженностью 2,5 см с подхватыванием стенки пищевода под контролем желудочного зонда. Таким образом, предусматривалось устранение диафрагмальной грыжи, адекватное восстановление нижнего пищеводного сфинктера и угла Гиса, обеспечение свободного антеградного пассажа пищи.

Результаты и обсуждение. После антирефлюксных операций у 1 пациентки отмечена кратковременная дисфагия, в остальных случаях течение послеоперационного периода гладкое. При контрольном обследовании через 1-2 года пациенты жалоб не предъявляют, эндоскопически отсутствуют признаки эзофагита, рентгенологически нет патологического рефлюкса в пищевод.

Выводы. Миниинвазивные технологии в лечении ГЭРБ, обусловленной ГПОД с желудочно-пищеводным кровотечением эффективны, полноценно сочетают реконструкцию кардиоэзофагеальной зоны с преимуществами малоинвазивных вмешательств.

Литература.

1. *Laparoscopic Surgery / ed. C. Merrell Ronald. - New York: Springer-Verlag New York, Inc., 1999. - 340 p.*

2. *Pasic Resad, P. A Practical Manual of Laparoscopy: A Clinical Cookbook / P. Pasic Resad, L. Ronald Levine. - New York: The Parthenon Publishing Group, 2002. - 453 p.*

3. *Schier, F. Laparoscopy in Children / F. Schier. - Berlin: Springer, 2003. - 328 p.*

ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРА МУЛ В ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Александров С.В.

ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Заболевания гепатобилиарной системы имеют тенденцию к неуклонному росту. Среди них хронический калькулезный холецистит (ХКХ) и острый калькулезный холецистит (ОКХ) занимают одно из ведущих мест. В настоящее время большинство операций в общехирургическом стационаре выполняется по поводу желчнокаменной болезни и ее осложнений. Улучшение результатов хирургического лечения этой категории больных и совершенствование техники вмешательств является одной из важных задач хирургии. Развитие гепатобилиарной лапароскопической хирургии требует совершенствования способов хирургических вмешательств и внедрения новых источников энергии для воздействия на биологические ткани. Одним из таких источников энергии является высокоэнергетическое лазерное излучение.

Цель. Показать эффективность использования высокоэнергетического импульсного лазерного излучения с длиной волны 1064 нм, 1320 нм и 1440 нм в гепатобилиарной хирургии.

Материал и методы. Для определения безопасного и эффективного применения лазерного излучения с длинами волн 1064 нм, 1320 нм и 1440 нм при операциях на печени и внепеченочных желчных протоках было проведено экспериментальное исследование по определению глубины коагуляции ткани печени для всех трех длин волн при одинаковой средней мощности и качественных изменений в ткани печени на месте воздействия лазерного излучения в течение 14 суток, а также экспериментальное исследование эффективности литотрипсии трех длин волн в отношении конкрементов внепеченочных желчных протоков.

С помощью лазерного аппарата МУЛ выполнено 48 лапароскопических холецистэктомий при хроническом калькулезном холецистите; 26 лапароскопических холецистэктомий при остром калькулезном холецистите; 10 операций на внепеченочных желчных протоках, в том числе в одном наблюдении с формированием холедоходуоденоанастомоза лапароскопическим методом; 5 резекций кист печени и 3 атипичные резекции печени по поводу гемангиом; в одном наблюдении выполнена эндоскопическая литотрипсия конкремента общего печеночного протока больших размеров.

Результаты и обсуждение. Все операции с применением лазера МУЛ выполнены лапароскопическим методом. Конверсий не было. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не отмечалось.

Выводы. Использование высокоэнергетического импульсного лазерного излучения с длиной волны 1064 нм, 1320 нм и 1440 нм, генерируемого лазерным аппаратом МУЛ, позволяет расширить спектр малоинвазивных вмешательств на печени и внепеченочных желчных протоках и сделать их более эффективными и безопасными.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ангелич Г.А., Цыбырнэ К.А.,

Писаренко С.С., Морару В.А.

ГУМиФ им. Н. Тестемциану,

г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Лапароскопические операции с каждым годом все более утверждаются в клинической практике как высокотехнологичный метод оперативного лечения желчекаменной болезни. Вместе с тем одной из проблем ограничивающих лапароскопический метод, является цирроз печени, что способствует серьезным осложнениям (профузные и неконтролируемые кровотечения из ложа желчного пузыря), тем самым ставя хирургов в затруднительное положение у данной категории больных [1, 2].

Цель. Оптимизация лапароскопической холецистэктомии у больных с циррозом печени.

Материал и методы. В исследование были включены 27 больных с циррозом печени, подвергнутых лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в период 2004-2009 гг. (7 мужчин и 20 женщин, средний возраст $52 \pm 2,5$ года; класс Child A - 16 больных, класс Child B - 9 больных, класс Child C - 2 больных). В 1 (3,7%) случае цирроз печени был диагностирован во время операции, в остальных случаях 26 (96,3%) цирроз печени был установлен до оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение. С учетом клинического течения заболевания у 15 (55,6%) был острый калькулезный холецистит, у 12 (44,4%) больных - хронический калькулезный холецистит. Во время операции, макронодулярный цирроз был установлен у 16 (59,2%) больных, микронодулярный цирроз у 11 (40,8%). Хирургическая техника во всех случаях соответствовала ЛХЭ, выполняемой в отсутствие патологии печени.

Гемостаз осуществляли путем субсерозной инфильтрации ложа желчного пузыря фибриным клеем, оказывающим гемостатический эффект посредством имитации биологического процесса свертывания крови. С целью послеоперационного контроля гемостаза и желчестазы во всех случаях прибегали к установке подпеченочного дренажа.

Длительность операции была в среднем 90 мин. Профузных и неконтролируемых кровотечений из ложа желчного пузыря, служащих показанием для конверсии оперативного доступа, отмечено не было. Тяжелые послеоперационные осложнения и летальный исход не зарегистрированы. Длительность пребывания в стационаре составляла в среднем 7 дней.

Выводы. Применение фибринового клея в гемостазе ложа желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии у больных с циррозом печени позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных. Полученные результаты позволяют расширить перечень биологических гемостатических средств, применяемых при ЛХЭ.

Литература:

1. Ерамешанцев, А. К. Диагностика и лечение острого холецистита при циррозе печени / А. К. Ерамешанцев, П. С. Гордеев, К. К. Ахмеджанов // *Хирургия*. - 1992. - № 1. - С. 15-17.
2. Garinob, M. Laparoscopic Cholecystectomy in Cirrhotic Patients Leonea N / M. Garinob // *Dig. Surg.* - 2001. - Vol. 18. - P. 449-452.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Бабалич А.К., Войтенко В.К.,
Петрова Т.А., Трофимов П.С.
Крымский государственный медицинский
университет им. С.И.Георгиевского
г. Симферополь, Украина*

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) достаточно широко применяется в хирургии однако отдаленные результаты её изучены недостаточно.

Цель. Изучить отдаленный результаты ЛХЭ.

Материал и методы. Для изучения отдаленных результатов лапароскопической холецистэктомии в сроки от 6 месяцев до 10 лет, были разосланы 135 больным специальные анкеты, на которые ответили только 37 лиц, оперированных по поводу холецистита. 13 больных явились сами в клинику для обследования. 29 пациентов были госпитализированы в стационар по различным причинам.

Таким образом, из 2514 выписанных больных с острым и хроническим холециститом прослежены результаты только у 79 лиц (3,14%).

Результаты и обсуждение. Здоровыми оказались только 27 (34,18%). 18 (22,78%) лиц имели изменения, связанные с характером операции. Пупочная грыжа была у 15 человек (18,99%). Произведены оперативные вмешательства (по Лихтенштейну - у 10, по Сапежко-Лихтенштейну - у 4, по Мейо - у 1). При параумбиликальной грыже сделана операция по Сапежко у двух больных, при диастазе прямых мышц - операция по Сапежко-Лихтенштейну у одного наблюдаемого.

Послеоперационная грыжа после аппендэктомии ликвидирована по Мейо (1,27%). Одна больная (1,27%) имела расширение подкожных вен нижних конечностей и плеврит. Диспептические явления были у двух пациентов (2,53%). Трое лиц (3,79%) имели долгое время лигатурные свищи в области пупка (2) и эпигастрия (1), Лигатуры были удалены во время перевязок, а у одного наблюдаемого проведено вмешательство для их удаления.

Явления панкреатита выявлены у 18 человек (22,78%). Но у 5 (6,33%) лиц был хронический панкреатит без обострений, имелись лишь изменения при ультразвуковом обследовании. У одного из них возникла пупочная грыжа на месте нижнего введения троакара. Произведена операция по Лихтенштейну, а у другого - был дисбактериоз кишечника. Острый панкреатит имел место у 13 (16,46%) человек. Один наблюдаемый занимался успешно самолечением, четыре - лечились амбулаторно и 8 - в стационаре. При этом у одного - была в течение 3 дней

желтуха, а у другого - холангит. Проведено успешное консервативное лечение.

Из других заболеваний необходимо отметить хронический гепатит с аденомой простаты и пиелонефритом (1 больной - 1,27%), язвенную болезнь 12-ти перстной кишки, по поводу которой за два года до обследования была выполнена резекция желудка (1,27%), обострение язвенной болезни желудка и направлена на лечение в гастроэнтерологическое отделение (1 - 1,27%). В одном случае была перфоративная язва желудка с перитонитом (1,27%). После ушивания язвы, несмотря на интенсивную терапию, наступил летальный исход. Летальный исход имел место в одном случае от обширного инфаркта миокарда (1,27%). У трех лиц (3,79%) в сроки от 6 месяцев до 2 лет после ЛХЭ были обнаружены злокачественные опухоли. Все они оперированы. Но если после резекции кишечника по поводу рака сигмы и рака ободочной кишки больные выздоровели, то после операции по поводу рака матки с поражением яичников и прорастанием опухоли в мочевого пузырь, наступил летальный исход. Таким образом по разным причинам среди 79 изученных больных в отдаленном периоде после лапароскопической холецистэктомии умерло 3 (3,79%).

Выводы.

1. В отдаленный период после лапароскопической холецистэктомии довольно часто выявляются патологические изменения связанные как с самой операцией, так и с другими заболеваниями.

2. Больные после ЛХЭ требуют диспансерного наблюдения.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Белюк К.С., Жандаров К.Н., Батаев С.А.,
Русин И.В., Русин Н.И.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
УЗ "ГОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. По данным ВОЗ, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает более 10% населения мира (Балалыкин А.С. с соавт., 2004). Число больных данной патологией и количество осложненных форм продолжает расти. Поэтому лечение ЖКБ и ее осложнений является актуальной проблемой хирургической гепатологии.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения ЖКБ и ее осложнений.

Материал и методы. На базе Гродненской областной клинической больницы за период с 2002 по сентябрь 2009 гг. по поводу ЖКБ и ее осложнений проведено 3367 оперативных вмешательств. Из них 2953 холецистэктомии (ХЭ): 1736 лапароскопических ХЭ по поводу хронического калькулезного холецистита; 459 лапароскопических ХЭ по поводу острого калькулезного холецистита; 687 открытых холецистэктомий. Количество конверсий составило 71 (3,2%). Ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков в ходе лапароскопи-

ческой холецистэктомии наблюдалось в 3 случаях (0,1%).

Прооперированно 414 больных с холедохолитиазом, стенозом терминального отдела общего желчного протока (ОЖП), механической желтухой и холангитом. Одноэтапное оперативное лечение с применением трансдуоденальной папиллосфинктеротомии (ТрДПСФТ) было выполнено 133 больным; антеградная папиллосфинктеротомия (АПСФТ) выполнена 33 пациентам; холедоходуоденостомия (ХДС) была использована в 110 случаях; гепатикоеюностомия (ГЕС) на выключенной по Ру петле тощей кишки у 11, холецистэктомия (ХЭ) в комбинации с холедохолитотомией (ХЛТ) и наружным дренированием произведена у 28 пациентов. В 5 случаях оперативное вмешательство в объеме ХЭ+ХЛТ+АПСФТ+дренаж Холстеда-Пиковского выполнено чисто лапароскопическим способом. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была выполнена 99 пациентам, из них у 31 с постхолецистэктомическим синдромом, и у 24 в комбинации с лапароскопической холецистэктомией вторым этапом.

В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 12 больных которым коррекция холедохолитиаза осуществлялась с применением ТрДПСФТ, у 12 пациентов с ХДС, у 2 с ГЕС, у 1 с ХЭ в комбинации с ХЛТ и наружным дренированием ОЖП. После ЭПСТ у 4 больных развилась клиника острого панкреатита купированное консервативными мероприятиями.

В послеоперационном периоде умерло 6 пациентов после ХДС, 4 после ТрДПСФТ, 3 после ХЭ в комбинации с ХЛТ и наружным дренированием ОЖП.

Общее количество осложнений при оперативном лечении осложненной ЖКБ составило 7,5%, послеоперационная летальность 3,2%.

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия является эффективным и безопасным методом лечения калькулезного холецистита. Лечебный алгоритм при ЖКБ осложненной холедохолитиазом должен быть основан на преимущественном использовании ЭПСТ на первом этапе с последующей лапароскопической холецистэктомией. А при невозможности выполнения двухэтапного лечения показаны одноэтапные оперативные вмешательства с приоритетом использования малоинвазивных технологий.

Литература:

1. Галлингер, Ю. И. *Лапароскопическая холецистэктомия. Практическое руководство* / Ю. И. Галлингер, Ф. Д. Тимошин. - М.: Медицина, 1992. - 66 с.
2. *Осложнения лапароскопической холецистэктомии // 8-й Москов. междунар. конгр. по эндоскоп. хирургии: сб. тезисов, Москва, 21-23 апр. 2004 г.; под ред. Ю. И. Галлингера.* - М., 2004. - С. 31-33.
3. *Is laparoscopic cholecystectomy a mature operative technique results of an ergonomic sequence analysis / G. Welty [et al.] // Surg. Endosc.* - 2002. - Vol. 16, N 5. - P. 820-827.

ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ОДНОЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Белюк К.С., Жандаров К.Н., Кулага А.В., Карпович В.Е.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
УЗ "ТОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь*

Цель. Показать возможность и преимущества одномоментной коррекции холедохолитиаза с использованием антеградной папиллосфинктеротомии.

Материал и методы. На базе Гродненской областной клинической больницы за период с 2002 по сентябрь 2009гг. проведено хирургическое лечение 414 больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, стенозом терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) и механической желтухой. В случае невозможности ликвидации холедохолитиаза с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) проводились одноэтапные оперативные вмешательства. 133 больным для коррекции стеноза терминального отдела ОЖП была выполнена трансдуоденальная папиллосфинктеротомия (ТрДПСФТ). У 33 пациентов стеноз терминального отдела холедоха был устранен с помощью антеградной папиллосфинктеротомии (АПСФТ) по разработанной в клинике методике.

АПСФТ выполнялась следующим образом: через холедохотомическое отверстие производилась фиброхоледохоскопия (фиброхоледохоскоп фирмы "Olimpus"), холедохолитэктомия. Затем через операционный канал холедохоскопа вводился стандартный папиллотом. Прицеливание папиллотома осуществлялось в просвете холедоха, согласно меткам на холедохоскопе в положении, соответствующем 3 -5 часам поля зрения, что соответствует 10 - 12 часам поля зрения фиброгастродуоденоскопа. Затем папиллотом проводился в 12-перстную кишку, где его режущая струна устанавливалась в рабочем положении согласно меткам на проксимальной части стандартного папиллотома, последний подключался к диатермокоагулятору, после чего выполнялась папиллосфинктеротомия.

Результаты и обсуждение. После ТрДПСФТ осложнения в виде подтекания желчи по страховочному дренажу выявлены у 4 больных. Кровотечения из места рассечения большого дуоденального сосочка наблюдались у 3 пациентов. Признаки микронесостоятельности шва дуоденотомического отверстия отмечены в 2 случаях. Клиника острого панкреатита развилась у 3 больных. В послеоперационном периоде от прогрессирования печеночно - почечной недостаточности и сопутствующей патологии умерло 3 пациента. После АПСФТ осложнений отмечено не было.

Выводы. При невозможности ликвидации холедохолитиаза и стеноза терминального отдела ОЖП с помощью ЭПСТ использование АПСФТ позволяет скорректировать проходимость внепеченочных желчных протоков без вскрытия двенадцатиперстной кишки с адекватным восстановлением оттока желчи, заметно сократить количество осложнений.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Воробей А.В., Вижинис Е.И., Орловский Ю.Н., Деркачева Н.В., Лагодич Н.А., Шулейко А.Ч. ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии, УЗ "Минская областная клиническая больница", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на давно отработанную технику выполнения холецистэктомии, частота ятрогенных повреждений гепатикохоледоха (ЯПГХ) при этом с каждым годом не имеет тенденции к снижению. Огромное значение в увеличении данной частоты явилось внедрение лапароскопической холецистэктомии в районных центрах, где, зачастую, данное вмешательство производят хирурги с малым опытом выполнения таких операций. Основными сложностями в лечении пациентов с ЯПГХ являются тактические и технические ошибки при выполнении реконструктивных операций, что значительно увеличивает количество больных с рестриктурами билиодигестивных анастомозов.

Цель. Изучение современных тактико-технических ошибок при первичной коррекции ЯПГХ; улучшение результатов лечения данной категории больных; оценка методов дифференциальной диагностики стриктур гепатикохолеоанастомозов (ГЕА) и рецидивирующего холангита.

Материал и методы. За период с 2002 по 2010 гг. в РЦРХГ, КП и лазерной хирургии было оперировано 63 больных с ЯПГХ, из них - 4 собственные первичные реконструкции, 55 - переводы больных в РЦРХГ, КП и лазерной хирургии для первичных и повторных реконструктивных операций из всех регионов Беларуси. У 4 пациентов экстренные операции выполнялись при выезде в другие стационары. С целью выявления уровня и протяженности стриктуры ГХ и билиодигестивного соустья использовался комплекс диагностических методов: чрескожная чреспеченочная холангиография (ХГ), фистулография, эндоскопическая ретроградная ХГ и магнитно-резонансная ХГ с 3В-реконструкцией (42 наблюдения), а также осмотр ГЕА через петлю по Ру и ретроградную ХГ с использованием цифрового двухбаллонного энтероскопа фирмы "Fujinon" (17 наблюдений). Последний метод исследования был наиболее информативным в дифференциальной диагностике стриктур ГЕА и рецидивирующего холангита.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 18, женщин - 45. Возраст больных составил от 20 до 74 лет (в среднем 51,1 г.). 13 больных поступили к нам с наружным желчным свищем, 11 - с желчным перитонитом после холецистэктомии, 39 - с механической желтухой вследствие рубцовых стриктур желчных протоков или первичных ГЕА. Согласно классификации Н. Bismuth, I тип повреждения отмечен в 3 случаях, II тип - в 7, III тип - в 20, IV тип - в 27 и V тип - в 6 наблюдениях. У 38 больных

из 63 (76%) после холецистэктомии в других стационарах не было выявлено повреждения гепатикохоледоха, в 23% - хирурги не владели техникой гепатикохолеоностомии, в 1 наблюдении глухой шов холедоха оказался несостоятельным из-за стриктуры его терминального отдела, 2 повреждения возникли после холецистэктомии на фоне опухоли Клацкина. Причиной рубцевания 14 ГЕА, наложенных в региональных стационарах, были тактико-технические ошибки: ГЕА на петле с соустьем по Брауну, ГЕА на впередиободочной или "порочной" позадиободочной петле по Ру. У 62 больных нами были прецизионно первично сформированы или реконструированы ГЕА на длинной позадиободочной петле по Ру, в том числе 5 - с центральной клиновидной резекцией печени для визуализации протоков при Bismuth IV-V. При рецидивных стриктурах ГЕА в 3 наблюдениях эффективной оказалась лазерная эндоскопически ассистированная вапоризация стриктур, в 4 - понадобилось длительное транспеченочное каркасное дренирование. В 2 наблюдениях при опухолях Клацкина лечение было завершено наружным желчеотведением. Умерла одна больная после успешной реконструкции повреждения по Bismuth V от причин, не связанных с операцией. У одной больной после нашей реконструкции развилась стриктура ГЕА, устраненная повторной операцией.

Выводы. В последние годы отмечается неуклонный рост числа больных с ЯПГХ. К неудовлетворительным результатам их коррекции приводит выбор неадекватного варианта внутреннего желчеотведения или технически неправильно выполненный ГЕА на петле по Ру. Ликвидация стриктур ГЕА, развившихся вследствие таких необоснованных реконструктивных операций должна выполняться только в высокоспециализированных хирургических центрах.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КРУПНЫХ КОНКРЕМЕНТОВ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Воробей А.В., Ивашко М.Г., Александров С.В., Лагодич Н.А., Денисова Л.П., Журонова А.М., Любецкая А.П.

ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии, УЗ "Минская областная клиническая больница", г. Минск, Республика Беларусь

Проблема диагностики и лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом, была и остается одной из важнейших в желчной хирургии. Приоритетом в решении этой проблемы являются малоинвазивные методы такие, как эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией и механической литотрипсией (МЛ), лапароскопическая холедохотомия (ЛХ).

Цель. Показать возможность и эффективность малоинвазивных методов в диагностике и лечении крупных конкрементов внепечёночных желчных протоков.

Материал и методы. В эндоскопическом отделении УЗ "Минская областная клиническая больница" за 2005-2009 гг. с подозрением на наличие конкрементов в желчных протоках выполнено 846 ЭРХПГ и 346 ЭПСТ; литоэкстракция конкрементов произведена в 151 случае, механическая литотрипсия (МЛ) - 29. В связи с невозможностью выполнить механическую литотрипсию у 6 пациентов выполнена лапароскопическая холедохотомия. Размеры конкрементов, подвергшихся МЛ, колебались от 15 мм и более. Эндоскопическое исследование проводилось с помощью видеодуоденоскопа (наружный диаметр 12,1 мм, диаметр инструментального канала 3,7 мм) и видеоэндоскопической системы EVE W-88A (Fujiinon, Япония) в условиях рентгенкабинета. Для литотрипсии использовался механический литотриптор BML-2 фирмы "Olympus" корзинчатого типа.

Результаты и обсуждение. За анализируемый период времени ЭПСТ по поводу холангиолитиаза выполнена у 231 пациента. Из них литоэкстракция конкрементов с помощью корзины Дормиа произведена в 151 случае, самопроизвольное отхождение конкрементов наблюдалось в 45 случаях (диаметр их не превышал 5 мм). У 35 пациентов выявлены конкременты размером от 15 мм и более, по поводу чего была предпринята попытка МЛ. В 29 случаях она оказалась успешной - конкременты фрагментированы: часть фрагментов мигрировала в просвет двенадцатиперстной кишки самопроизвольно, а часть извлечена с помощью корзины. Из-за больших размеров конкрементов (более 25 мм), несоответствия размера корзины и камня, невозможности проведения устройства для МЛ выше камня выполнить литотрипсию в 6 случаях не удалось. Данным пациентам вторым этапом выполнялась лапароскопическая холедохотомия с извлечением конкрементов и наложением глухого шва на холедохотомическое отверстие. Во время холедохотомии с целью гемостаза применялось лазерное излучение 1440нм. Наружное дренирование холедоха не выполнялось ни в одном из наблюдений. Конверсии не было. Осложнений не отмечалось.

Выводы.

1. В настоящее время ЭРХПГ остаётся наиболее информативным и значимым методом диагностики холангиолитиаза, позволяющим при наличии современного эндоскопического инструментария провести санацию желчных протоков.

2. Данная методика эффективно решает проблему крупных конкрементов внепечёночных желчных протоков с помощью малоинвазивных технологий.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

Гирса В.Н.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет", г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Билиарный сладж (БС) впервые описан в 70-х годах в англоязычной литературе (sludge) как находка при ультразвуковом исследовании и в переводе обозначает "грязь, муть, ил". Термином "билиарный сладж" в настоящее время обозначают любую неоднородность желчи, выявляемую при эхографическом исследовании. Химический состав БС непостоянен, однако кристаллы моногидрата холестерина, кальция билирубината и других солей кальция, муцин-гликопротеиновый гель являются наиболее постоянными компонентами. Считают, что желчные конкременты могут формироваться в результате дальнейшей агрегации преципитатов сладжа, а БС является необходимым предшественником холелитиаза.

По данным скрининговых обследований, частота БС не превышает 1,7-4% среди взрослого населения [1]. У лиц, предъявляющих жалобы со стороны органов желудочно-кишечного тракта, БС встречается в 7-10%, а при различной билиарной патологии частота БС достигает 40%. Лишь в небольшой части случаев (13-15%) БС исчезает самостоятельно в течение года, в 35-40 % случаев отмечается персистенция БС, а в 50% - наблюдается отрицательная динамика в виде увеличения объема БС и формирование камней. Течение БС может привести к осложнениям (в 15-75% случаев), таким как желчная колика, панкреатит, стеноз сфинктера Одди, "акалькулезный" холецистит, "отключенный желчный пузырь", холангит [1, 2].

Цель. Обоснование возможности повышения эффективности диагностики БС на основе субъективных клинических критериев синдрома билиарной дисфункции и данных трансабдоминальной эхографии желчного пузыря (УЗИ).

Материал и методы. Обследовано 529 пациентов (285 женщин и 244 мужчины, средний возраст - 41,24±4,17 лет) гастроэнтерологического профиля. Проводили клиническое обследование пациентов с оценкой наличия субъективных критериев билиарной дисфункции (Рим-III, 2006), УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны, дуоденальное зондирование. Оценка диагностической эффективности выявления БС проводилась с помощью четырехпольных таблиц, в качестве метода сравнения использовали микроскопию пузырной желчи - обнаружение более 2 кристаллов в поле зрения при 100-кратном увеличении или более 4 кристаллов в пробе пузырной желчи [1].

Результаты и обсуждение. БС обнаружен у 89 больных, что составляет 16,8% от общего числа обследованных с гастроэнтерологической патологией (ДИ95% - 13,75-20,14). Клинические критерии дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди были выявлены у 115 больных (21,7% от общего числа обследованных, ДИ95% - 18,3-

25,4). Характерными клиническими особенностями пациентов с билиарным сладжем являются принадлежность к женскому полу (61,2%), возраст свыше 30 лет (61,7%), наличие субъективных клинических признаков функционального расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди (85,7%), сочетание с холецистазом (30,7%), язвенной болезнью двенадцати-перстной кишки и желудка (28,1%), хроническим гастритом и дуоденитом (23,6%).

Диагностическая эффективность клинических критериев билиарной дисфункции для выявления БС отличалась высокой чувствительностью - 85,33% (ДИ95% - 76,33-92,47) и относительно низкой специфичностью - 43,40% (ДИ95% - 30,16-57,13). При применении УЗИ чувствительность диагностики БС составила 34,21% (ДИ95% - 23,87-45,37), а специфичность - 90,39% (ДИ95% - 80,73-96,93). При сочетании оценки субъективных клинических критериев билиарной дисфункции с последующим УЗИ желчного пузыря достигнуто оптимальное сочетание чувствительности (85,33%, ДИ95% - 76,33-92,47) и специфичности (73,59%, ДИ95% - 60,70-84,69) диагностики БС. При этом по критерию "затраты-эффективность" установлено снижение на 25,41% прямых и непрямых затрат на выявление 1 случая БС по сравнению с изолированным применением УЗИ желчного пузыря.

Выводы.

1. Оценка субъективных клинических признаков синдрома функционального расстройства в соответствии с критериями III Римского консенсуса (2006) рекомендуется в качестве скринингового метода диагностики билиарного сладжа.

2. Сочетание целенаправленного выявления субъективных клинических критериев билиарной дисфункции с последующим проведением УЗИ желчного пузыря обеспечивает повышение клинической и экономической эффективности диагностики билиарного сладжа.

Литература:

1. Ко, С.В. Biliary sludge/ С.В. Ко, J.H. Sekijima, S.P. Lee // *Annals of Internal medicine*. - 1999. - Vol. 130, №4. - P. 301-311.
2. Ильченко, И.И. Клинические аспекты билиарного сладжа / И.И. Ильченко, О.В. Делюкина // *Consilium medicum*. - 2007. - Т. 9, №7. - С. 23-32.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Гуща В.И.
"Лидская ЦРБ",
г. Лида, Республика Беларусь

Видеоэндохирургические вмешательства в последние годы получили широкое распространение в Беларуси.

Цель. Оценка осложнений и результатов лечения при выполнении лапароскопической холецистэктомии.

Материал и методы. Изучены истории болезни пациентов, которым выполнялась ЛХЭ в 1995-2009 г.г.

Результаты и обсуждение. За 15 лет в хирургическом отделении Лидской ЦРБ выполнено 1671 ЛХЭ, что составило 51,9% от всех эндоскопических операций. Доля острого холецистита равняется 18,6% всех ЛХЭ.

Переход к открытой операции осуществлён в 103 случаях, что составило 6,2%, сократившись с 13,6% в первые годы до 3,3% в 2008-2009 гг. Причинами конверсии явились: травма холедоха - 2 случая, кровотечение из ложа желчного пузыря не остановленное эндоскопически - 9, желчеистечение из ложа - 4, спаечный процесс и воспалительная инфильтрация в области шейки - 88.

Во время открытой операции производилось дренирование желчных путей, прошивание и коагуляция ложа желчного пузыря. В раннем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения, потребовавшие проведения релапаротомии или релапароскопии: желчеистечение с развитием перитонита - 8, кровотечение из ложа желчного пузыря - 3. Итого - 11, что составило 0,66%. Во время повторных операций выполнялись прошивание и коагуляция ложа, клипирование и перевязка добавочных желчных протоков, дренирование брюшной полости.

В позднем послеоперационном периоде по поводу нагноившейся гематомы и подпечёночного абсцесса оперированы 2 больных. С послеоперационной грыжей обратились и оперированы 5 пациентов. Летальных исходов после ЛХЭ не было.

Выводы. 1. Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия основной вид оперативного вмешательства при ЖКБ.

2. Наиболее частыми осложнениями при ЛХЭ являются кровотечения из ложа желчного пузыря и желчеистечение из добавочных желчных протоков.

ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Дзюбановский И.Я., Галей Н.М.,
Смачило И.И., Дзюбановский О.И.,
ГУ "Тернопольский государственный медицинский
университет имени И.Я. Горбачевского",
г. Тернополь, Украина

Актуальность. Наиболее грозным осложнением желчнокаменной болезни является обтурационная желтуха (ОЖ), так как уровень послеоперационной летальности на высоте желтухи составляет 7-42% [1-3]. Роль и место декомпрессионных миниинвазивных вмешательств, которые эффективно используются в качестве первого этапа хирургического лечения ОЖ, многими учеными трактуется неоднозначно.

Цель. Оптимизировать хирургическую тактику у больных с ОЖ путем первоочередного выполнения видеоэндоскопической билиарной декомпрессии и выбора сроков радикальных оперативных вмешательств с использованием лапароскопических технологий.

Материал и методы. Обследовано 177 больных с ОЖ, обусловленной холедохолитиазом. В возрасте 20-59 лет был 91 больной (51,4 %), 60-74 лет - 71 (40,1%), 75 лет и больше - 15 (8,5%). В сроки до одной недели поступили 54,3% пациентов, до двух недель - 36,7%, до трех недель - 9,0%. Мужчин было 37%, женщин - 63%.

Для диагностики причин ОЖ выполняли ультразвуковую диагностику с определением эхоплотности печеночной ткани и стенок печеночных протоков, эндоскопическую ретроградную холедохопанкреатографию (ЭРХПГ), фиброгастродуоденоскопию, эндоскопическую сонографию, компьютерную томографию. Лапароскопические операции проводили на лапароскопическом оборудовании фирм "Olimpus" (Япония) и "КАРЛ ШТОРЦ" (Германия). Уровень маркера повреждения печени L-FABP определяли с помощью иммуноферментного анализатора Stat-Fax-303 с использованием набора реактивов фирмы Nu Cult biotechnology (Голландия, 2004); биохимические исследования включали определение содержания общего билирубина, щелочной фосфатазы, аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы, мочевины, креатинина перед операцией, на 1, 2, 3, 4 и 5-ые сутки после ликвидации холестаза. Класс операционно-анестезиологического риска определяли по шкале Detsky-Larsen-Goldman (1995).

Результаты и обсуждение. На основании анализа результатов проведенного исследования обоснованы критерии оптимизации хирургической тактики у больных с ОЖ, обусловленной холедохолитиазом. У 27 (15,2 %) больных были выполнены одноэтапные миниинвазивные операционные вмешательства: у 21 эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с назобилиарным дренированием со следующим эндопротезированием холедоха и у 6 пациентов была выполнена ЭПСТ с литоэкстракцией. Они были заключительными операционными вмешательствами, которые выполнены в экстренном порядке в связи со средней и тяжелой степенью ОЖ и с IV классом ОАР. У 135 (76,3%) больных были выполнены миниинвазивные двухэтапные операции. При этом у 129 были проведены ЭПСТ и литоэкстракция (I этап), и как II этап - лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ). Еще у 6 больных были выполнены ЭПСТ в сочетании с ЛХ, холедохолитотомией с интраоперационной видеоэндоревизией желчного протока со следующим наложением глухого шва на холедох. Как правило, это были пациенты с легкой и средней степенью тяжести ОЖ и с I-III классом ОАР. При этом миниинвазивные видеоэндоскопические операции носили превентивный декомпрессионный характер и выполнялись в экстренном порядке с предоперационной подготовкой ко II этапу выполнения радикального операционного вмешательства. У остальных 15 (8,5%) больных были выполнены одноэтапные открытые операционные вмешательства в плановом порядке: холецистэктомия с билиодигестивным анастомозом.

По данным уровня L-FABP, у больных с ОЖ установлен рост цитолитической активности в течение 1-ых постдекомпрессионных суток у всех пациентов по сравнению с дооперационными показателями ($p < 0,05$). Причем значения L-FABP были тем больше, чем больший дооперационный уровень билирубинемии. Динамика

роста уровня L-FABP была достоверной, в отличие от показателей активности аминотрансфераз. У пациентов с уровнем билирубинемии до 200 мкмоль/л до операции в послеоперационном периоде, начиная со 2-ых суток, отмечено уменьшение исследуемого показателя, а у пациентов с уровнем билирубинемии 300 мкмоль/л и больше обнаружено снижение маркера гепатоцитолита с 5-ых суток.

Выводы. Маркер L-FABP объективно отображает степень тяжести гепатоцитолита и является критерием выбора сроков второго этапа радикальных оперативных вмешательств у больных с ОЖ.

Литература.

1. Клименко, Г. А. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение) / Г. А. Клименко. - М.: Медицина, 2000. - 224 с.
2. Экстренная хирургия желчных путей / П. Г. Кондратенко [и др.]. - Донецк: ООО "Лебедь", 2005. - 434 с.
3. Ничитайло, М. Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Е. Ничитайло, В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук. - К.: Здоров'я, 2005. - 424 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Дундаров З.А., Величко А.В., Красюк О.Н.
УО "Гомельский государственный медицинский университет"
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Злокачественные опухоли проксимальных желчных протоков (опухоль Клатскина) являются одной из наиболее сложных проблем в билиарной хирургии. В настоящее время отмечается устойчивая тенденция к росту, как заболеваемости, так и выявляемости рака желчных протоков (РПЖП). Без лечения большинство таких больных умирает в течение 2-4 мес. после появления желтухи. Гнойный холангит осложняет течение заболевания в 40-50% случаев и является одной из основных причин смерти больных (А.В.Чжао и соавт., 2005).

Хирургическое лечение РПЖП представляет особые трудности. Это объясняется расположением опухолей ПЖП в воротах печени, в непосредственной близости к воротной вене и печеночной артерии, с частой инвазией в паренхиму печени; наличием у большинства таких больных выраженной механической желтухи, часто осложненной гнойным холангитом. Вместе с тем, современные мировые тенденции в повышении радикальности операций и улучшении отдаленных результатов хирургического лечения РПЖП определяют все более агрессивным подходом за счет широкого использования комбинированных и обширных резекций желчных протоков и печени (В.А. Вишневский, 2003).

Цель. Изучить результаты хирургического лечения больных РПЖП.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 34 больных РПЖП за период 2000-

2009 гг. Возраст пациентов варьировал от 38 до 72 лет. Дооперационная диагностика, помимо клинических и лабораторных данных включала полипозиционное УЗИ, КТ и МРТ, ретроградную или чрескожную чреспеченочную холангиографию.

Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 9 больных, которым были выполнены паллиативные операции в виде реканализации опухоли со стентированием. Больным второй группы (25 чел.) были выполнены резекционные оперативные вмешательства. В 13 случаях при опухолях I и II типа по Bismuth-Corlett выполнены резекции проксимальных желчных протоков с би- или тригепатикоюностомией по Ру. У 8 больных при опухолях II и III типа выполнена резекция желчных протоков с резекцией IVa и V сегментов печени. Количество гепатикоюностомий колебалось от 3 до 5. В 4 случаях при опухолях IIIa типа с глубокой инвазией в печень выполнялась резекция протоков с правосторонней гемигепатэктомией.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде в первой группе умерло 2 (22%) больных. Во второй группе умерло 3 (12%). Причинами смерти явились: в 2-х случаях прогрессирование гнойной холангиогенной инфекции; в 3-х - прогрессирующая печеночно-клеточная недостаточность. Прослежены отдаленные результаты у 15 больных второй группы: 6 пациентов умерло в сроки от 18 до 26 мес., остальные живы. Максимальный прослеженный срок жизни составляет 37 мес. Паллиативные операции в виде реканализации опухоли со стентированием дают худший результат. Средняя продолжительность жизни больных составила $7,3 \pm 1,8$ мес. Основной причиной смерти в отдаленном периоде таких больных являлся рецидив острой холангиогенной инфекции и прогрессирование опухолевого процесса.

При РПЖП резекционное хирургическое лечение является единственным радикальным методом. Адекватный отток желчи из обеих долей печени может быть обеспечен и паллиативной резекцией проксимальных желчных протоков с созданием билиодигестивных анастомозов в воротах печени, если опухоль удалима, но имеется явное прорастание в магистральные сосуды, или имеются единичные метастазы. Нами такие операции выполнены у 3 больных.

Больным РПЖП, не имеющим явных противопоказаний к хирургическому лечению, необходимо всегда стремиться выполнить оперативное вмешательство, так как только интраоперационная ревизия позволяет точно выявить случаи, когда может быть выполнена радикальная, условно-радикальная или паллиативная операция.

СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Дябкин Е.В., Дунаевская С.С.

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Российская Федерация

Актуальность. Одним из слагающих успешного лечения механической желтухи (МЖ) неопухолевого генеза является оценка и своевременная коррекция тяжести течения патологического процесса [1, 2].

Цель. Повышение объективности определения степени тяжести МЖ неопухолевого генеза, в зависимости от величины интегральных гематологических показателей (ИГП).

Материал и методы. Общее количество больных поступивших в Дорожную клиническую больницу с диагнозом МЖ, за период с 2003 по 2009 год составило 105 человек.

Из исследования были исключены больные с объемными образованиями ворот печени, головки поджелудочной железы, паразитарными заболеваниями печени. Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза, клинико-лабораторных данных, результатов осмотра и ульт-развукowego исследования. Все больные получали традиционную терапию (спазмолитики, антибиотики, гемоста-тики, кровезаменители дезинтоксикационного ряда). Возраст большинства больных с МЖ колебался от 18 до 80 лет.

При поступлении больных с МЖ были рассчитаны следующие ИГП: лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ1), лейкоцитарный индекс интоксикации по Островскому (ЛИИ2), индекс стресса (ИС), индекс соотношения сегментоядерных нейтрофилов к лимфоцитам (ИСЛ), индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (ИСНЛ), индекс соотношения лимфоцитов к эозинофилам (ИСЛЭ).

Результаты и обсуждение. С первых суток после поступления больного в стационар проводили забор крови и далее - развёрнутый анализ крови. При показателях $ЛИИ1 \leq 2,5$, $ЛИИ2 \leq 2,75$, $ИС \leq 1,0$, $ИСЛ \leq 7,0$, $ИСНЛ \leq 12,0$, $ИСЛЭ \leq 18,0$ - оценивали как лёгкую степень тяжести; при $ЛИИ1$ от 2,6 до 4,5, $ЛИИ2$ от 2,76 до 5,0, $ИС$ от 1,1 до 2,0, $ИСЛ$ от 7,1 до 10,0, $ИСНЛ$ от 12,1 до 16,0, $ИСЛЭ$ от 18,1 до 22,0 - оценивали как среднюю степень тяжести; при $ЛИИ1$ свыше 4,5, $ЛИИ2$ больше 5,0, $ИС$ больше 2,0, $ИСЛ$ более 10,0, $ИСНЛ$ свыше 16,0 и $ИСЛЭ$ больше 22,0 - оценивали как тяжёлую степень патологического процесса.

У больных, поступивших с лёгкой степенью тяжести патологического процесса, послеоперационных осложнений и летальности не отмечалось. Средний койко-день для них составил $7,08 \pm 0,5$ дня.

При средней степени у больных выявлены послеоперационные осложнения в виде нагноения послеоперационной раны (3-е больных) и наружный желчный свищ (2-е больных). Послеоперационной летальности не было. Для данной группы больных средний койко-день составил от $23,6 \pm 0,5$ дня.

У больных, поступивших в стационар с тяжёлой степенью патологического процесса, в послеоперационном периоде отмечены осложнения в виде развития печеночной недостаточности (46,7%), в 33,3% случаев развитие двусторонней пневмонии и 20% приходится на сочетание двусторонней пневмонии и несостоятельности холедоходуаденоанастомоза.

Выводы. Способ определения степени тяжести МЖ неопухолевого генеза, с использованием ИГП отличают следующие преимущества:

1. Простота и быстрота математических расчётов.
2. Позволяет оценить состояние неспецифической реактивности организма, а также интенсивность и характер воспалительного процесса.
3. Невысокая стоимость, при этом развёрнутый анализ крови может выполнить любая лаборатория хирургического стационара.
4. Возможность чёткой дифференцировки степени тяжести состояния больного, в зависимости от которой, определяется выбор рациональной стартовой терапии.

Предлагаемый способ позволяет объективно и быстро определить тяжесть патологического процесса и в случаях тяжелой степени назначить усиленную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию.

Литература:

1. Данович, А. Э. Роль ЭРПХГ в диагностическом алгоритме заболеваний панкреатобилиарной системы / А. Э. Данович, Г. П. Рычагов, П. М. Назаренко // *Анн. хирург. гепатол.* - 2004. - Т. 3, № 3. - С. 55-56.
2. Иванов, Ю. В., *Механическая желтуха: диагностический алгоритм и лечение* / Ю. В. Иванов, С. М. Чудных / *Лечащий врач.* - 2002. - № 7-8. - С. 76-78.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Ерушевич А.В., Кутько Д.П., Шапо Г.М., Третьяков В.А., Самусевич С.Л., Скудский М.М. Витебский областной клинический онкологический диспансер, УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет", г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Гематогенное метастазирование колоректального рака наиболее часто происходит в печень. Продолжительность жизни пациентов с обнаруженными и нелеченными метастазами колоректального рака менее одного года и в среднем составляет 6 месяцев. Химиотерапия без операций на печени незначительно увеличивает продолжительность жизни (в среднем до 9 месяцев). В настоящий момент приоритет хирургического подхода при метастазах колоректального рака не вызывает сомнения. Эти вмешательства по-прежнему относятся к сложным, а в сочетании с химиотерапией позволяют повлиять на продолжительность жизни пациентов. В последние годы широкое распространение получило хирургическое лечение метастазов в печень. При этом удается достичь 5-летней выживаемости у 20-42%

больных после резекции печени при одиночных метастазах больших размеров, что дает обнадеживающие перспективы.

Цель. Оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического и лекарственного лечения метастатического колоректального рака.

Материал и методы. Онкоабдоминальное отделение Витебского клинического онкологического диспансера обладает опытом лечения 70 пациентов, которым произведены операции на печени. Работа основана на анализе клинических наблюдений за пациентами, которые подверглись различным видам хирургического лечения и химиотерапии и находились на лечении в диспансере с 2007 по 2009 год.

Результаты и обсуждения. В нашей клинике по поводу колоректального метастатического поражения печени выполнено 47 резекций печени, 23 пациентам эти операции выполнены при прорастании в печень опухоли желудка. Большинство пациентов были в возрасте старше 60 лет. По локализации преобладали опухоли восходящей кишки (12 пациентов), нисходящей кишки (5 пациентов), сигмовидной (11 пациентов) и прямой кишки (9 пациентов), которые имели один или два метастатических очага в печени. Это обусловило выполнение циторедуктивных вмешательств и выполнение операций на печени: сегментэктомия (51 пациент), бисегментэктомия (у 15 больных), трисегментэктомия - 4 пациента. Мы оценили непосредственные результаты хирургического лечения. Несмотря на увеличение объема хирургического лечения, летальных исходов не было. Из осложнений в раннем послеоперационном периоде у двух больных имела место правосторонняя нижнедолевая пневмония. Все оперированные пациенты получили полихимиотерапию по различным схемам: при опухолях кишечника - 5-фторурацил и лейкоорин; а также курса химиотерапии с элоксатином или иринотеканом. Это позволило у 65% больных увеличить продолжительность жизни до 19,6 месяцев.

Выводы.

Хирургическое лечение и полихимиотерапия метастазов при колоректальном раке оправдано и увеличивает выживаемость пациентов в отдаленном периоде свыше 1,5 года.

Литература:

1. Патютко, Ю.И. *Расширенные резекции печени при злокачественных опухолях* / Ю. И. Патютко, А. Л. Пылев И. В. Сагайдак, А. Г. Котельников // *Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова.* - 2009, № 2. - С. 16-21.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛУХОГО ШВА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Жандаров К.Н., Белюк К.С., Безмен И.А.,
Гаврон И.В., Кухта А.В.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
УЗ "ГОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Лечение желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений является актуальным вопросом хирургической гепатологии. В настоящее время разработаны различные алгоритмы диагностики и лечения ЖКБ. Однако до сих пор остается спорным вопрос о способе завершения холедохотомии.

Цель. Показать возможность и преимущества ушивания холедохотомического отверстия глухим прецизионным швом.

Материал и методы. 18 пациентам с холедохолитиазом, стенозом терминального отдела общего желчного протока и механической желтухой были выполнены одноэтапные оперативные вмешательства с ушиванием холедохотомического отверстия глухим непрерывным "матрачным" швом с использованием прецизионной техники монофиломентной рассасывающейся нитью 4/0 или 5/0 без захвата слизистой оболочки общего желчного протока (ОЖП). Ушивание холедохотомического отверстия наглухо осуществляли при отсутствии явлений гнойного холангита и уверенности в полной проходимости желчных протоков. Глухой прецизионный шов без дренирования ОЖП применен у 8 пациентов. В 10 случаях глухой прецизионный шов холедохотомического отверстия был выполнен в сочетании с дренированием ОЖП скрытым самоудаляющимся дренажем (патент на полезную модель № 5406, приоритет от 29.12.08), разработанным в клинике для ликвидации билиарной гипертензии в раннем послеоперационном периоде после антеградной и трансдуоденальной папиллосфинктеротомии.

Скрытый самоудаляющийся дренаж представляет собой однопросветную полихлорвиниловую трубочку длиной около 6 см, наружным диаметром 0,3-0,4 см с двумя заусеницами в виде елочки. Угол дренажа, отступя 0,4 см от проксимального конца, прошит кетгутом 3/0, для последующей фиксации за слизистую ОЖП. Через холедохотомическое отверстие изготовленный дренаж вводился в ОЖП и через рассеченный большой дуоденальный сосочек в просвет двенадцатиперстной кишки таким образом, чтобы две заусеницы в виде "елочки" препятствовали его обратному движению в проток. Проксимальный конец фиксировался кетгутом 3/0 к слизистой оболочке ОЖП.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде кратковременное желчеистечение по улавливающему дренажу наблюдалось у 4 из 8 больных, которым глухой прецизионный шов был наложен без дренирования ОЖП. У 10 больных, которым глухой прецизионный шов холедохотомического отверстия был выполнен

в сочетании с дренированием ОЖП скрытым самоудаляющимся дренажем подтекания желчи не отмечено, что свидетельствует об адекватной коррекции билиарной гипертензии в послеоперационном периоде. Все больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии с нормальными лабораторными показателями.

Отсутствие наружного дренажа ОЖП позволяло выписывать пациентов из стационара на 8-9 сутки. Так как скрытый самоудаляющийся дренаж не требовал специального извлечения и после рассасывания кетгута уходил в просвет двенадцатиперстной кишки на 6-9 сутки, что подтверждено контрольными УЗИ и ФГДС.

Выводы. Таким образом, при отсутствии явлений гнойного холангита и уверенности в полной проходимости желчных протоков возможно прибегнуть к наложению глухого прецизионного шва холедохотомического отверстия в сочетании с дренированием ОЖП скрытым самоудаляющимся дренажем как альтернатива наружному дренированию. Это позволяет адекватно скорректировать явления билиарной гипертензии в послеоперационном периоде и устранить риск несостоятельности швов холедохотомического отверстия, избежать ряда осложнений связанных с наружным дренированием и значительно сократить продолжительность послеоперационного лечения, что особенно актуально в современных условиях, когда существующие финансово-экономические проблемы лечебных учреждений заставляют искать пути снижения материальных затрат с целью достижения необходимого результата.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕНОЗНОГО СТРОЕНИЯ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Жура А.В., Воробей А.В., Лурье В.Н.,
Климович В.В., Владимирская Т.Э., Швед И.А.,
Вижинис Е.И., Некрасов Д.А.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Патоморфологически поражение кардиоэзофагеальной зоны при портальной гипертензии (ПГ) проявляется расширением венозного сплетения собственной пластинки слизистой оболочки (СПСО) и подслизистой основы (ПО) [1]. В пищевод выделают палисадную зону, которая начинается от пищевода-желудочного перехода и распространяется краниально на 3-4 см [2], которая в 90% случаев является источником кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) [2]. Однако до конца не установлены основные факторы, приводящие к разрыву варикозной вены на этом уровне.

Цель. Выявление патоморфологических и морфометрических особенностей венозного кровотока, провоцирующих возникновение кровотечений из ВРВ абдоми-

нального отдела пищевода и кардиального отдела желудка в условиях ПГ.

Материал и методы. Патогистологическое и морфометрическое исследования проводили у пациентов, умерших от кровотечения из ВРВ пищевода и желудка при циррозе печени (основная группа) по сравнению с контрольной группой. Исследовались уровни: нижняя треть грудного отдела пищевода (ГОП), абдоминальный отдел пищевода (АОП) - на 1 см выше кардиоэзофагального перехода, кардиальный отдел желудка (КОЖ) на 2 см ниже кардиоэзофагального перехода.

Результаты и обсуждение. Многослойный плоский эпителий (МПЭ) над ВРВ был истончен и атрофирован с образованием поверхностных и глубоких эрозий. В СПСО и ПО прослеживались обилие резко расширенных капилляров, венул и мелких вен со значительным истончением стенки. При этом в препаратах ГОП и КОЖ наиболее крупные вены визуализировались в ПО, в то время как в СПСО этих отделов размер вен и их количество было значительно меньше. В АОП крупные вены присутствовали как в СПСО, так и в ПО за счет множественных проникновений вен ПО через мышечную пластинку слизистой оболочки.

При проведении морфометрического исследования подсчитывались площадь венозного сосуда, общая площадь венозного русла и количество венозных сосудов на единицу площади. Выявлены следующие закономерности:

1) при ПГ средняя площадь сосудистого венозного русла увеличивается на всех уровнях в 2 и более раза;

2) в ГОП и КОЖ увеличение площади венозного русла происходит за счет расширения вен без достоверного увеличения их количества;

3) в АОП увеличение площади венозного русла происходит за счет образования новых вен без достоверного расширения существующих;

4) за счет процессов ангиогенеза количество вен в АОП при ПГ выше, чем в КОЖ и в ГОП, а средняя площадь вен меньше;

5) в КОЖ наименьшее количество вен по сравнению с препаратами пищевода, при этом площадь венозного сосуда наибольшая.

В условиях ПГ происходит выраженное новообразование сосудов, преимущественно в 3-5 см дистального отдела пищевода - палисадной зоне. Большое количество венозных сосудов в указанном отделе по сравнению с грудным отделом пищевода и кардиальным отделом желудка обусловлено их новообразованием в условиях ПГ. Такие вновь возникшие вены имеют более поверхностное расположение, находясь, главным образом, в СПСО, и не имеют полноценного строения сосудистой стенки, которая значительно истончена, атрофирована и более подвержена разрыву. Существующие наряду с этим эрозивно-язвенные поражения МПЭ являются основными патоморфологическими факторами, обуславливающими возникновение кровотечений из этой зоны. Поражение кардиального отдела желудка при ПГ проявляется значительным расширением существующих вен и венул с дегенеративными изменениями их стенки, поражением эластического каркаса сосуда и кавернозной трансформацией, что обуславливает тяжесть возникающих кровотечений.

Выводы. С учетом выявленных морфометрических и

патоморфологических особенностей строения стенок пищевода и желудка при ПГ, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен, для достижения стойкого гемостаза обязательным элементом хирургического пособия должно являться воздействие на палисадную зону пищевода и кардиальный отдел желудка в оптимальном варианте - удаление этих зон.

Литература:

1. Турмаханов, С.Т. Морфоструктурные изменения непарной вены и вен гастроэзофагеальной зоны при портальной гипертензии / С.Т. Турмаханов, Ш.М. Асадулаев, М.Н. Ахметкалиев // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2008. - №2. - С. 58-64.

2. Arakawa, M. Pathomorphology of Esophageal and Gastric Varices / M. Arakawa, T. Masuzaki, K. Okuda // *Semin Liver Dis*. - 2002. - Vol.22. - P. 73-82.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИССЕКЦИЯ И КОАГУЛЯЦИЯ ТКАНЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Завада Н.В., Часнойть А.Ч.

ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на то, что электрохирургический способ разделения и коагуляции тканей и до настоящего времени остается основным при выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), хорошо известны и отрицательные стороны применения электрохирургии как при выполнении открытых, так и эндовидеолaparоскопических операций. К их числу относится образование довольно большой зоны грубой деструкции ткани печени в области ложа желчного пузыря. Это приводит к образованию коагуляционных некрозов и возможности отторжения и инфицирования некротизированной ткани с развитием вторичного кровотечения и желчеистечения. Широкая полоса некроза остается через 24 часа после воздействия электроножа и продолжает существовать даже на 21-е сутки после ЛХЭ. К недостаткам электрокоагуляции относят также искрообразование, утечки тока, дистанционные повреждения, прилипание коагулируемых тканей к инструменту, образование на инструментах "нагара", опасность термических ожогов тканей пациентов, ухудшение визуального контроля выполнения операции из-за дыма, образование в среде углекислого газа токсических продуктов и другие. Особенностью заживления термических ожогов печени является длительный воспалительный процесс, связанный с резорбцией некротических тканей.

Цель. Оценить эффективность и усовершенствовать способ применения ультразвукового диссектора при ЛХЭ.

Материал и методы. Наш опыт основан на выполнении ЛХЭ у 35 пациентов с острым холециститом, у которых при диссекции и коагуляции тканей применялись ультразвуковые ножницы и ультразвуковой крючок. Ультразвуковой аппарат работал с частотой 55 kHz и

амплитудой колебаний от 10 до 100 мкм. Конструкция инструментов и принцип их работы имеют определенные отличия от электрохирургических. Поэтому нами усовершенствованы некоторые технические приемы использования ультразвуковой технологии при ЛХЭ.

Контрольную группу составили 45 пациентов с острым холециститом, которым ЛХЭ выполнена с использованием только монополярной коагуляции. Обе клинические группы были сопоставимы по полу, возрасту, характеру патологических изменений в зоне операции.

Критериями оценки эффективности применения ультразвукового диссектора были: надежность гемостаза, длительность оперативного вмешательства, степень повреждения тканей при диссекции и коагуляции, видимость в зоне операции при использовании инструментов, характер ультразвуковых изменений ложа желчного пузыря и биохимические тесты в раннем послеоперационном периоде, наличие и характер осложнений, длительность пребывания в стационаре.

Результаты и обсуждение. Наши исследования показали, что применение ультразвуковой технологии при ЛХЭ у пациентов с острым холециститом обосновано и имеет определенные преимущества по сравнению с электрохирургическим способом диссекции и коагуляции тканей. К их числу мы относим: минимальную зону некроза и отсутствие обугливания тканей в области ложа желчного пузыря; относительно безопасное выделение желчного пузыря из спаек и инфильтрата; возможность выделения желчного пузыря вблизи полых органов, крупных кровеносных сосудов и гепатикохоледоха; минимальную "задымленность" в зоне операции при использовании ультразвуковых инструментов; менее выраженные изменения в ложе желчного пузыря, определяемые визуально и при ультразвуковом исследовании в раннем послеоперационном периоде.

Вместе с тем, при выполнении ЛХЭ с использованием ультразвукового аппарата мы отметили более продолжительное, по сравнению с методом монополярной коагуляции, выделение желчного пузыря из ложа. Применение ультразвуковых инструментов увеличило продолжительность операций в данной группе в среднем в 1,9 раза. Не всегда был надежный гемостаз при повреждении паренхимы печени во время диссекции желчного пузыря. Это потребовало у 15 (42,9%) пациентов использовать дополнительно аргоно-плазменную коагуляцию. При использовании ультразвуковых ножниц и крючка нередко возникали трудности при тонкой препаровке тканевых структур. Это потребовало при использовании ультразвукового диссектора изменений, по сравнению с традиционными, некоторых технических приемов выполнения ЛХЭ.

Выводы. Положительный опыт применения ультразвуковой техники позволяет с успехом использовать ее при ЛХЭ. Это значительно облегчает и улучшает проведение самой операции, послеоперационное течение и сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре. Усовершенствованные нами технические приемы позволяют свести к минимуму отрицательные стороны ультразвуковой диссекции и коагуляции тканей при выполнении ЛХЭ у пациентов с острым холециститом.

ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Загайнов В.Е., Горохов Г.Г., Рыхтик П.И., Бельский В.А., Заречнова Н.В., Васенин С.А., Шатохина И.В., Кукош В.М., Судаков М.А., Кучин Д.М.

*ФГУ Приволжский окружной медицинский центр
Федерального медико-биологического агентства
России,*

*ГОУ ВПО Нижегородская медицинская академия
Росздрава,*

г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Цель. Оценить результаты хирургического лечения при моно- и билобарных метастазах колоректального рака (МКРР) в печень.

Материал и методы. С 2005 по 2010 год в Приволжском окружном медицинском центре ФМБА России выполнено 284 резекций печени. 84 операции были выполнены при колоректальных метастазах (30%). Возраст оперированных пациентов варьировал от 32 до 83 лет. Средний возраст составил 53,77 лет.

Результаты и обсуждение. Из 84 оперированных больных с МКРР в печени 37 пациентов имели двухстороннее доленое поражение (44%). При билобарном поражении печени у 51,4% пациентов источником метастазирования послужила опухоль левого фланга ободочной кишки и у 42,9% - прямая кишка.

Стратегия хирургического лечения билобарного поражения печени при МКРР заключалась в максимально возможной анатомической резекции печени в один этап (выполнены у 24 пациентов - 64,9%). В группе больных оперированных в один этап у 20 были выполнены правосторонние или левосторонние портальные гемигепатэктомии, расширенные гемигепатэктомии выполнены двоим, у 2 - секторэктомии с резекцией контрлатеральной доли. У 13 пациентов гемигепатэктомия сочеталась с экономными резекциями контрлатеральной доли, у 6 в качестве метода локальной деструкции опухоли применена СВЧ-термоабляция.

При невозможности одномоментной операции 13 пациентам была предварительно лигирована или эмболизирована доленая ветвь воротной вены в сочетании с экономными резекциями "перспективной" культы печени или применялись методы локальной деструкции. Правосторонние портальные (4) и правосторонние расширенные гемигепатэктомии (9) выполнялись вторым этапом. Интервал между этапами составил от 4 до 24 недель. У 4 пациентов после доленой редукции кровотока (23,5% от всех лигирований или эмболизаций ветви воротной вены) компенсаторной гипертрофии культы печени не наступило. Им в дальнейшем были выполнены трансартериальные хемэмболизации печеночной артерии.

Выживаемость пациентов, рассчитанная методом Каплана-Майера, при монолобарном поражении составила: 12 мес. - 67,8%, 24 мес. - 42,38%, 36 мес. - 23,6%. При билобарном поражении: 12 мес. - 72,8%, 24 мес. - 38,46%, 36 мес. - 20,5%.

Выводы.

1. Использование этапных операций позволяет повысить резектабельность в группе больных с метастатическим колоректальным раком в печень до 45%.

2. Трехлетняя выживаемость оперированных пациентов с моно- и билобарным поражением печени не имеет достоверных отличий.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОГО ГЕНЕЗА

*Иванов С.В., Охотников О.И.,
Голиков А.В., Бельченков А.В.
ГОУВПО КГМУ Росздрава,
г. Курск, Российская Федерация*

Лечение синдрома механической желтухи у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным соматическим анамнезом является актуальной проблемой [1]. В настоящее время ведущим методом лечения этих больных являются эндоскопические транспиллярные технологии [2]. Однако остается достаточно высоким процент неудач и осложнений при их использовании. Единственным миниинвазивным методом разрешения механической желтухи в этих ситуациях являются чрескожные пособия под контролем ультразвука [3].

Цель. Улучшение результатов лечения больных с синдромом механической желтухи путем рациональной интеграции в лечебно-диагностический алгоритм миниинвазивных антеградных и ретроградных технологий.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 40 пациентов. Женщин было 29 (72,9%), мужчин - 11 (27,1%). Средний возраст больных составил 71,26±9,4 года. Применен разработанный нами способ диагностики и лечения механической желтухи (патент РФ на изобретение №2268657), дополнений крупнокалиберным дренированием желчных протоков с последующей антеградной холангиолитотрипсией и холангиолитоэкстракцией.

Результаты и обсуждение. Группа подразделена на 2 подгруппы. В подгруппе "А" ЭПТ произведена 20 пациентам. В 2-х случаях ЭПТ была неадекватна, что заставило перейти к антеградным технологиям. После ЭПТ производилась инструментальная ревизия желчных протоков и механическая литоэкстракция. В 4 случаях литоэкстракция была неудачной, в 2 случаях дальнейшее эндоскопическое пособие было расценено как бесперспективное из-за анатомических особенностей БСДК (он был расположен в глубоком дивертикуле двенадцатиперстной кишки) и в 1 случае ввиду выраженной S-образной деформации холедоха. Таким образом, эндоскопические мероприятия не имели успеха в 45,0%. Осложнения наблюдались у 10 пациентов (кровотечение из папиллотомной раны - 7; холангит - 2; острый панкреатит - 1), что составило 50,0% от числа выполненных манипуляций. Все осложнения были купированы консервативно. Чрескожные вмешательства повлекли за

собой осложнения в 1 случае (5,0%). Билема подпеченочного пространства потребовала перкутанного дренирования. Радикально оперированы 2 пациента (10,0%) - произведена видеолaparоскопическая холецистэктомия. Общие осложнения наблюдались у 3 пациентов (16,7%). 7 пациентов (35,0%) были выписаны с наружно-внутренним дренажем (НВД), несущим функцию временного стента. Летальных случаев в подгруппе не отмечено.

В подгруппу "Б" вошло 20 пациентов (50,0%) у которых перкутанные вмешательства являлись единственным миниинвазивным хирургическим методом. Этим пациентам ЧЧХС трансформировалась в крупнокалиберную холангиостому, через которую затем и проводилась контактная литотрипсия и антеградная литоэкстракция. У 11 пациентов (55,0%) проводилась баллонная дилатация БСДК, в 2 случаях дополненная стентированием. Осложнения после чрескожных вмешательств имели место у 5 (25,0%) больных. 1 случай кровотечения при бужировании канала купирован консервативно, пневмоторакс - дренированием плевральной полости, в 3 случаях билем проводилось дренирование брюшной полости под ультразвуковым контролем. 7 пациентов (35,0%) были выписаны с НВД, исполняющим роль временного стента. Радикальные операции в подгруппе не проводились. Летальных исходов не отмечено.

Выводы. Изолированное использование чрескожной холангиолитотрипсии и холангиолитоэкстракции в сочетании с баллонной дилатацией БСДК сопровождается меньшим числом местных и общих осложнений, не приводит к летальным исходам и позволяет, тем самым, улучшить результаты лечения.

Литература:

1. Бурков, С. Ж. Желчнокаменная болезнь у пожилых людей. Варианты клиники, течения, диагностики, лечения / С. Ж. Бурков // Врач. - 1997. - № 11. - С. 8-10.
2. Холедохолитиаз - эндоскопические возможности его разрешения / Э. И. Гальперин [и др.] // Анналы хир. гепатологии. - 1998. - № 3. - С. 46-47.
3. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей: руководство для врачей / Ш. Шерлок, Дж. Дули. - М.: ГЭОТАР, 1999. - 843 с.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

*Казаков В.
Университет Медицины и Фармации
"Н.Тестемицану"
г. Кишинев, Республика Молдова*

Вопросы лечения больных циррозом печени были и остаются весьма актуальными. Накопленный клинический опыт позволяет утверждать, что хирургические операции по поводу портальной гипертензии, асцита, гиперспленизма, как следствие цирроза печени, сопро-

вождаются большим процентом геморагических, гнойно-воспалительных, тромботических осложнений и высокой летальностью. В этой связи, в последнее время, наряду с поиском новых терапевтических подходов лечения синдрома вторичного гиперспленизма интенсивно разрабатываются более совершенные схемы профилактики возможных послеоперационных тяжелых осложнений.

Цель. Изучение эффективности эндоскопического лигирования (ЭЛ) варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) в качестве первичной профилактики кровотечения из них.

Материал и методы. В исследовании было включено 154 больных циррозом печени (Child-Turcotte A/B/C- 12/109/33), среди которых было 66 мужчин и 88 женщин в возрасте от 15 до 56 лет. Показания к хирургическому лечению портальной гипертензии и гиперспленизма у обследуемых больных были: резко выраженный гиперспленизм с геморагическим и гемолитическим синдромами; гиперспленизм с указанием в анамнезе на пищеводное кровотечение или при угрозе его развития.

Кровотечение из ВРВП в анамнезе отмечалось у 21 (38,9 %) больных: у 14 (9,1%) из них - 2 кровотечения и больше. Показаниями к профилактическому ЭЛ послужили выявленные при эндоскопическом предоперационном исследовании ВРВП второй степени у 34% и третьей степени - 66% больных (классификация А. Шерцингера, 1986).

Для ЭЛ, используемой нами в клинике с 1997 года в качестве "терапии первой линии", применяли лигирующее устройство НХ-21L1 (фирмы "Olympus"). Эрадикационная схема лигирования предусматривала наложение лигатур за один и более сеансов на всех варикозно расширенных венозных стволах пищевода. Как правило, за сеанс накладывались 4-6 лигатур. Повторный сеанс через 3-4 дня: 27 больным процедуру выполняли дважды, 9 - трижды, 3 - четыре раза.

Результаты и обсуждение. Осложнения эндоскопического лигирования ВРВП (эрозивный эзофагит, транзиторный асцит, ретростеральные боли, паренхиматозная желтуха) наблюдали у 26 больных (16,9%). С целью профилактики и лечения осложнений больным назначали мукопротекторы, H₂ блокаторы, метоклопрамид, вазопресин или октреотид, гепатопротекторы и диуретики. Все больные оперированы в плановом порядке по поводу портальной гипертензии, спленомегалии / гиперспленизм: спленектомия в сочетании с азигопортальным разобщением выполнено у 77 пациента, в 11 случаях в сочетании с оменторенопексией. У 6 больных циррозом печени с вторичным выраженным гиперспленизмом и с указанием на пищеводно-желудочное кровотечение или при его угрозе использовали спленоренальный анастомоз с удалением селезенки. Противопоказания к оперативному лечению циррозов печени: резко выраженная печеночная недостаточность с проявлениями печеночной энцефалопатии; наличие активного воспалительного процесса в печени по данным клинических, биохимических и морфологических исследований; прогрессирующая желтуха; выраженный асцит. Кровотечения из ВРВП в раннем послеоперационном периоде не выявлены. Среди специфических осложнений отмечены: левосторонний поддиафрагмальный абсцесс (у 9 больных), постспленэктомический панкреатит (у 6 больных), тромбоз портальной вены (у

12 больных). Летальность составила 4,5% (7 больных). Таким образом, улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных циррозом печени с портальной гипертензией и тяжелым гиперспленизмом возможно при использовании эффективных мер профилактики специфических осложнений. Использование метода эндоскопического лигирования ВРВП в качестве профилактического лечебного мероприятия позволило повысить процент операбельности больных с тяжелым гиперспленизмом портального генеза, уменьшить частоту кровотечений портального генеза и снизить послеоперационную летальность с 8-12% до 4,5%.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ

Ковальчук Л.А., Максимлюк В.И., Дзюбановский И.Я., Смачило И.И.

Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, г. Тернополь, Украина.

Введение. Обтурационная желтуха (ОЖ) является одним из наиболее сложных и тяжелых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Результаты лечения этих больных зависят от глубины патологических изменений в ткани печени, длительности и выраженности желтухи. При нарушении оттока желчи в печени происходят ишемические нарушения, причиной которых является холестаз. Восстановление пассажа желчи по желудочно-кишечному тракту приводит к развитию "синдрома быстрого" сброса желчи, клинически проявляющегося печеночной недостаточностью (ПН) [1]. Ключевая роль в развитии ПН принадлежит морфо-функциональным нарушениям печени, активатором которых является реперфузия [2, 3, 4].

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с ОЖ путем дифференцированного подхода при выборе метода оперативного вмешательства с учетом степени тяжести ПН по данным маркера повреждения печени.

Материал и методы. В основу работы положен результат обследования 140 больных с острой (до 10 суток), длительной (11-30 суток), хронической (более 30 суток) ОЖ. Всех больных по уровню билирубина в крови разделим на 4 группы: 1 группа - билирубинемия до 100 мкмоль/л, 2 группа - 101-200 мкмоль/л, 3 группа - 201-300 мкмоль/л, 4 группа - более 300 мкмоль/л. Всем больным до операции и через 3 часа после нее, на 1, 2, 3, 4, 5-е сутки определяли маркеры поражения печени - liver fatty acids binding proteins (L-FABP).

Результаты и обсуждение. Нами установлено, что L-FABP есть высокоспецифический и высокочувствительный маркер повреждения печени. Активность этого повреждения нарастает на протяжении первых суток послеоперационного периода, а глубина повреждения печени и удержание высокого уровня деструкции ее ткани, спустя сутки после установления пассажа желчи, зависит от длительности желтушного периода и уровня билирубинемии.

Для определения эффективности лечебной тактики больные были разделены на 2 группы. Пациентам первой группы (68) - группы сравнения - проводилась традиционная терапия. 72 пациентам второй группы (основная группа) в программу лечения был включен корвитин (0,5 г) в/в за 2 часа до оперативного вмешательства и через 2, 12, 22 часа после проведенной декомпрессии желчных протоков. На основании сравнительной характеристики между величиной L-FABP и критериями ПН у больных ОЖ в до- и послеоперационном периоде мы изучили риск возникновения гепатаргии в раннем послеоперационном периоде.

При этом установлено, что ПН у больных с острой ОЖ с уровнем билирубинемии до 200 мкмоль/л, и разницей между дооперационным показателем L-FABP и контрольным его уровнем больше, чем в 2,2 раза соответствовала стадии компенсации. Риск возникновения гепатаргии у них минимальный. Таким пациентам выполняли одномоментное оперативное вмешательство с проведением общепринятой терапии. ПН у пациентов с уровнем билирубина в сыворотке крови 201-300 мкмоль/л, разницей между дооперационным показателем L-FABP печени и контрольным его уровнем в 4,1 раз также соответствовала стадии компенсации с минимальным риском существенного ее прогрессирования. Таким больным выполняли одномоментное оперативное вмешательство с коррекцией реперфузионного повреждения корвитином. ПН у больных, с уровнем билирубинемии свыше 300 мкмоль/л и разницей между дооперационным показателем L-FABP печени и контрольным его уровнем в 6,4 раза рассматривали как стадию субкомпенсации. Риск прогрессирования ПН в постдекомпрессионный период у них был высокий, поэтому у этой категории пациентов, наряду с одномоментным оперативным вмешательством, проводили коррекцию ишемическо-реперфузионного повреждения корвитином. ПН у пациентов с длительной ОЖ с уровнем билирубинемии до 300 мкмоль/л и разницей между дооперационным показателем L-FABP печени и контрольным его уровнем в 7,2 раза отвечала субкомпенсированной стадии. Риск прогрессивного нарастания ПН у них в постдекомпрессионный период был высок. Выполнение одномоментного оперативного вмешательства у них требовало обязательной коррекции реперфузионного повреждения печени. Больных с уровнем билирубина более 300 мкмоль/л и разницей между дооперационным показателем L-FABP печени и контрольным его уровнем в 10 раз рассматривали в дооперационный период как пациентов с субкомпенсированной стадией ПН. Риск возникновения гепатаргии у них в послеоперационный период был высоким. Им проводили одномоментные оперативные вмешательства, направленные на восстановление пассажа желчи с применением предложенной нами терапии. У пациентов с таким же уровнем билирубинемии, у которых уровень L-FABP печени в дооперационный период был больше в 10 раз показателя нормы, ПН в дооперационный период оценивали как субкомпенсированный. Риск ее прогрессирования после декомпрессии ЖП был очень высок. Поэтому таким больным, кроме медикаментозной коррекции, проводили двухэтапный метод хирургического вмешательства, где первым этапом была малоинвазивная декомпрессия ЖП (ЭПСТ, чрескожная чреспече-

ночная холангиостомия под контролем сонографии). У больных хронической ОЖ с уровнем билирубинемии до 200 мкмоль/л и разницей маркера повреждения печени по сравнению с показателем нормы в 5,9 раза, ПН в дооперационный период оценивали как субкомпенсированную. Риск прогрессирования деструктивных процессов в печени у них был высокий, что обуславливало обязательную коррекцию ишемическо-реперфузионного синдрома при выполнении одномоментных оперативных вмешательств. У больных с показателем билирубина в сыворотке крови 201-300 мкмоль/л и разницей L-FABP печени перед операцией в 9,7 раза, ПН была субкомпенсированной, а риск прогрессирования ее в постдекомпрессионный период - высоким. Пациентам этой группы проводили коррекцию реперфузионных нарушений печени корвитином и одномоментные оперативные вмешательства. У больных с таким же уровнем билирубинемии и выше, при превышении нормального уровня показателя L-FABP в дооперационный период в 10 и более раз риск нарастания гепатаргии был очень высок. Это требовало, кроме медикаментозной коррекции, выполнения двухэтапного оперативного вмешательства.

Вывод: Предложенный дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства с учетом степени тяжести ПН, по данным маркера повреждения печени L-FABP, с применением корвитина, позволило уменьшить послеоперационную летальность от ПН с 4,41 в группе сравнения до 1,38 % в основной.

Литература:

1. Ковальчук, Л. Я. Клінічна оцінка ролі деяких лабораторних методів в діагностиці обтураційної жовтяниці / Л. Я. Ковальчук, В. І. Максимлюк, І. І. Смачило // Вісн. наукових досліджень. - 2000. - № 1. - С. 43-44.
2. Минишнвазивная хирургия обтурационной желтухи / М. Е. Ничитайло [и др.] // Клін. хірургія. - 2006. - № 4-5. - С. 47.
3. Ковальчук, Л. Я. Клінічна оцінка ролі деяких лабораторних методів в діагностиці обтураційної жовтяниці / Л. Я. Ковальчук, В. І. Максимлюк, І. І. Смачило // Вісн. наук. досліджень. - 2000. - № 1. - С. 43-44.
4. Биленко, М. В. Ишемические и реперфузионные повреждения органов (молекулярные механизмы, пути предупреждения и лечения) / М. В. Биленко. - М.: Медицина, 1989. - 368 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИИ И ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Корик В.Е., Стасевич В.Н.,
Попченко А.Л., Дударов Д.В.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
УЗ "2 ГКБ",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Вопросы хирургического лечения заболеваний и повреждений желчных протоков остаются актуальными. Количество повреждений желчных прото-

ков, являющихся основной причиной рубцовых структур, не имеет тенденции к снижению. Возросло число пациентов с опухолями желчных протоков [1, 2].

Желчнокаменная болезнь, осложненная холели-тазмом, в структуре хирургических заболеваний стабильно занимает одно из ведущих мест. Летальность после реконструктивных операций достигает 11-15% [3].

Цель. Изучить результаты хирургического лечения с заболеваниями и повреждениями желчных протоков.

Материал и методы. За период с 2005 по 2009 гг. в хирургической клинике кафедры ВПХ на базе 2 ГКБ г. Минска оперировано 50 больных с заболеваниями и повреждениями внепеченочных желчных протоков. Ятрогенная этиология прослежена у 16 пациентов; у 6 больных выявлена аденокарцинома желчных протоков; у 2 - кисты гепатикохоледоха; у 3 - первичный склерозирующий холангит; у 22 - рубцовые стриктуры большого дуоденального сосочка. Возраст больных составил от 17 до 76 лет. Женщин было 32, мужчин - 18.

Выполнялись следующие оперативные вмешательства: гепатикоудоеноанастомоз - 6; гепатикоеноанастомоз на петле по Ру - 22; резекция гепатикохоледоха с гепатикоеноностомией - 6; резекция кисты холедоха - 2; холангиостомия - 3; холефистулоэнтеростомия - 1; холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову - 9; лапароскопическая холедоходуоденостомия - 1.

Гепатикоеноностомия при высоких рубцовых стриктурах выполнялась на сменном транспеченочном дренаже по Гетце-Гальперину. При первичном склерозирующем холангите и неудаляемой опухоли ворот печени (опухоль Клацкина) выполнялась транспеченочная холангиостомия.

Результаты и обсуждение. При анализе непосредственных результатов лечения наибольшее количество послеоперационных осложнений (4) отмечено в группе пациентов, которым накладывались "высокие" желчеотводящие анастомозы без наружного дренирования протоков: частичные несостоятельности швов анастомоза с наружным желчеистечением. Все они излечены консервативно. При формировании анастомоза на дренажной трубке по Гетце или Фелькеру имеется возможность контролировать герметичность швов анастомоза как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде. Наружное дренирование существенно не влияло на длительность лечения больных. Послеоперационная летальность составила 4%.

Отдаленные результаты прослежены у 34 больных. У 2-х пациентов развились рубцовые стриктуры анастомозов, что потребовало повторной операции. Продолжительность жизни больных с аденокарциномами протоков составило от 6 месяцев до 1,5 лет.

Выводы.

1. Наиболее оптимальным является анастомозирование желчных протоков с отключенной по Ру-петлей тощей кишки.

2. Высокие желчеотводящие анастомозы целесообразно формировать на дренажных трубках.

Литература:

1. Газиев, Р.Р. Оптимизация тактики реконструктивно-восстановительных операций при "высоких" травмах и рубцовых стриктурах желчных протоков: автореф дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Р. Р. Газиев; Респ. спец. центр

хирургии им В. Вахидова. - Ташкент, 2004. - 21 с.

2. Хирургическая тактика при стриктурах желчных протоков / С. И. Третьяк [и др.] // *Анналы хир. гепатологии.* - 2003. - Т. 2, № 2. - С. 119-120.

3. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков / Ф. Г. Назыров [и др.] // *Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова.* - 2006. - № 4. - С. 46-51.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Коротков С.В., Минов А.Ф., Щерба А.Е., Руммо О.О., Слободин Ю.В., Дзядзько А.М., Болонкин Л.С., Пикиреня И.И., Федорук А.М., Авдей Е.Л., Сантоцкий Е.О., Кулинкович И.Л., Козич П.В., Харьков Д.П., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Зайцев Ю.В., Гордей Е.В., Жук Г.В., Васюкевич М.А. РНПЦ трансплантации органов и тканей, УЗ "9-я городская клиническая больница", ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", г. Минск, Республика Беларусь

Трансплантация печени (ТП) выполняется принципиально двумя методиками: с полным пережатием и резекцией НПВ (классическая) и с сохранением и боковым отжатием НПВ (каво-кавопластика).

Несмотря на относительную простоту классической методики, прекращение портального и кавального кровотока может сопровождаться гемодинамическими нарушениями, постреперфузионным синдромом и нарушением функции почек, особенно у пациентов высокого операционного риска. Поэтому ТП у этой категории больных выполняется либо с сохранением и боковым отжатием НПВ (сложнее и менее безопасно), либо в условиях искусственного кровообращения.

Цель. Показать первый опыт выполнения ортотопической трансплантации печени в условиях искусственного кровообращения.

Материал и методы. С апреля 2008 по май 2010 гг. в УЗ "9 ГКБ" г. Минска было выполнено 45 ТП. Без веновенозного шунтирования (ВВШ) ТП были выполнены по методике каво-кавопластики (n=4) и по классической методике (n=39); ретрансплантации (n=2) выполнены в условиях ВВШ по классической методике. Показанием к ретрансплантации явилась тяжёлая печёночная недостаточность вследствие первично нефункционирующий трансплантат (n=1) и реинфекция вирусного гепатита С с хроническим отторжением (n=1) на 3-е сут. и 6 мес. после первичной операции. ВВШ было выполнено по порто-бедренно-аксиллярному контуру. Забор крови осуществлялся через большую подкожную вену бедра и воротную вену, возврат - через подмышечную. Вено-венозный обход осуществлялся с использованием аппарата Medtronic Bioconsole 560, USA.

Результаты и обсуждение. Длительность периода искусственного кровообращения составила 230±35 мин.

Показатели / Этап	до ВВШ (начало операции)	агепатический период	реперфузия	конец операции	6 часов после операции
норадреналин, мл/ч	25±2	28±2	28±1	20±2	3±1
САД, мм рт.ст	90±4,5	90±5,9	86±4	108±5	130±8
ДАД, мм рт.ст	43±4	43±4,3	52±3	50±4	87±6
ЦВД, мм вод.ст.	13±2	11,0±1,7	12±2	9±2	6±1
Диурез, мл/час	0	0	0	0	0
t, С ⁰	35,2±0,3	35,4±0,12	35,2±0,3	36,2±0,2	36,9±0,2
Общий билирубин, кмоль/л	232±23	-	-	-	92,8±3,2
Креатинин, мкмоль/л	202±10	-	-	-	195±11
Мочевина, ммоль/л	16,6±2,1	-	-	-	11,2±0,8
РН (7,32-7,43)	7,23±0,07	7,3±0,05	7,32±0,3	7,35±0,2	7,37±0,3
BE, ммоль/л	-17,2±1,7	-8,3±2,3	-4,0±0,4	-3,0±0,2	-1,0±0,4
НСО ₃ , ммоль/л	10,1±1,9	17,5±1,79	20,9±1,7	21,9±2,4	23,9±2,0
Лактат, ммоль/л	9,1±1,1	14,7±0,03	9,3±0,5	8,9±0,4	8,4±0,2
АПТВ, сек	64,4±3,7	-	-	41,7±4,1	35,6±3,3
МНО	6,14±3,5	-	-	2,00±0,3	1,49±0,1
ПТИ, %	10±2	-	-	47±3	67±4
Антитромбин III, %	13±2	-	-	53±2	59±3
Фибриноген плазмы, г/л	0,65±0,14	-	-	1,52±0,24	2,14±0,11

Длительность агепатического периода 120±25 мин. Скорость потока в экстракорпоральном контуре при кава-кавальном шунтировании - 1470 ± 85 л/мин, при кава-порто-кавальном - 2400±165 л/мин, скорость вращения центрифужного насоса 1480 ± 82 и 2240±75 об/мин соответственно, давление в магистрали на выходе - 43±3,1 и 80±4,9 мм рт.ст. Перед наложением портального анастомоза шунтирование по воротной вене прекращалось. После реперфузии трансплантата кава-кавальный обход продолжалось в течение 40 минут с целью выполнения гемостаза. В таблице представлены клинические показатели периоперационного периода.

Ретрансплантация печени в условиях искусственного кровообращения обеспечила стабильность гемодинамики и лабораторных показателей у крайне тяжелых пациентов с полиорганной недостаточностью, что положительно сказалось на показателях витальных функций больных, исходе оперативного вмешательства и благоприятном течении раннего послеоперационного периода.

Выводы. Залогом успеха ТП при крайне тяжелом состоянии пациентов является стабильность гемодинамики, которая может быть достигнута путем экстракорпорального порто-бедренно-аксиллярного вено-венозного шунтирования. Полученный опыт подтверждает необходимость использования активного вено-венозной обхода во время ОТП у категории больных с выраженной полиорганной недостаточностью вследствие печёночной декомпенсации.

ПЕЧЁНОЧНАЯ АРТЕРИЯ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ И ТИПА АРТЕРИАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

*Коротков С.В., Щерба А.Е., Руммо О.О.,
Зайцев Ю.В., Юрлович Д.И., Федорук А.М.,
Слободин Ю.В., Пикиреня И.И., Авдей Е.Л.,
Кирковский Л.В., Харьков Д.П., Васюкевич М.А.,
Жук Г.В., Козлова М.Н.*

*РНПЦ трансплантации органов и тканей
УЗ "9-я городская клиническая больница",
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
г. Минск, Республика Беларусь*

Трансплантация печени является единственным эффективным методом лечения пациентов с терминальными стадиями диффузных заболеваний печени и некоторых очаговых поражений.

Важное место на всех этапах операции ортотопической трансплантации печени (ОТП) - эксплантация, "back-table" (подготовка трансплантата к имплантации), гепатэктомия, имплантация - уделяется анатомии печёночной артерии (ПА). Это обусловлено тем, что нормальная анатомия артериального кровоснабжения печени, по данным Yang Y. (2007), Pulakunta T. (2008) встречается у 60-80% пациентов. При этом, по данным Nijkamp D.M. (2006) частота повреждения aberrантных печёночных артерий составляет 17%. В связи с этим, высокая частота аномалий ПА определяет прецизионную работу на гепатодуоденальной связке для предотвращения повреждения аномальных артериальных сосудов при заборе печени и операции "back-table", а также определяет тип артериальной реконструкции у реципиента.

В этой связи целью нашего исследования явилось: изучить характер вариантной анатомии печёночной

Таблица 1.

	без стеноза (n=38)	со стенозом (n=7)	p (Mann-Whitney)
Диаметр ПА донора, мм	4,43±1,20	4,94±1,97	p=0,7
Диаметр артериального анастомоза, мм	2,74±0,85	2,81±0,39	p=0,53
Диаметр ПА реципиента, мм	4,44±0,81	4,55±1,52	p=0,6

Таблица 2.

	без стеноза	со стенозом	p (Mann-Whitney)
Время холдовой ишемии, мин	499±97	515±124	p=0,63
Возраст донора, лет	40,8±9,3	41,8±1,25	p=0,85

артерии у доноров и реципиентов при ОТП, изучить типы артериальных реконструкций у реципиента и провести анализ послеоперационных артериальных осложнений.

Материал и методы. С апреля 2008 по июнь 2010 гг. в УЗ "9 ГКБ" г. Минска было выполнено 45 ортотопических трансплантаций печени по поводу ряда терминальных диффузных заболеваний печени и злокачественных очаговых поражений. Первичных трансплантаций - 43, ретрансплантаций - 2.

Выполнение артериальных реконструкции проводилось с использованием прецизионной техники: атравматической монофиламентной полипропиленовой нитью на двух иглах диаметром 6-0/7-0 с применением бинокулярных луп с увеличением $\times 2,5$.

Интраоперационно, после наложения артериального анастомоза, проводилась ультрасонографическая оценка кровотока по ПА, определялся диаметр печёночной артерии в области анастомоза, на донорском и реципиентском участках. В послеоперационном периоде всем пациентам выполняли УЗ-мониторинг гемодинамики по ПА. При нарушении кровотока выполняли ангиографию.

Результаты и обсуждение. Нормальная анатомия печёночной артерии была выявлена у 57 из 88 пациентов - в 65% случаях (включая доноров и реципиентов). Аномалии правой печёночной артерии (отхождение перемещённой либо добавочной правой ПА от верхней брыжеечной артерии) составила 9% (n=8), аномалии левой печёночной артерии (отхождение перемещённой либо добавочной левой ПА от левой желудочной артерии) составили 18% (n=16). Двойное перемещение наблюдалось в 5% случаев (n=4). Редкие аномалии были выявлены в 3% (truncus hepaticus - 2% (n=2) и отхождение правой ПА от гастродуоденальной - 1% (n=1)). Аномалии печёночной артерии у реципиентов были выявлены перед ОТП по КТ-ангиографии, а при заборе печени определялись при диссекции гепатодуоденальной связки. При этом, случаев повреждения aberrantных ПА не наблюдалось.

Вариант артериальной анатомии у донора и реципиента определял тип артериальной реконструкции. При этом, при наличии aberrantной правой печёночной артерии у донора - артериальная реконструкция выполнялась экстракорпорально во время операции "back-table" при подготовке трансплантата к имплантации (11% (n=5)).

У реципиентов было выполнено 16 типов артериальных реконструкций. Наиболее частыми были: в 20% (n=9)

анастомоз между бифуркацией чревного ствола на общую ПА и селезеночную артерию донора с бифуркацией собственной ПА реципиента и в 18% (n=8) между бифуркацией собственной ПА и гастродуоденальной артерии донора с бифуркацией собственной ПА реципиента.

Анализ результатов ОТП показал, что в послеоперационном периоде в 15% (n=7) были выявлены гемодинамически значимые стенозы артериальных анастомозов.

Изучение влияния на развитие стеноза ПА таких факторов, как диаметр анастомоза и диаметров ПА донора и реципиента (таблица 1) показало, что они не способствовали развитию стеноза артериального анастомоза (во всех случаях $p > 0,05$).

В связи с тем, что диаметр сосудов и наложенного анастомоза не влияли на развитие стенозов, было проведено изучение влияния таких значимых для функционирования трансплантата в посттрансплантационном периоде факторов, как времени ишемии трансплантата и возраста донора (таблица 2). Статистический анализ показал, что они также не влияли на развитие артериальных осложнений ($p > 0,05$).

При проведении ретроспективного анализа всех ОТП было выявлено, что последний стеноз печёночной артерии наблюдался у 22-ой пациентки, оперированной в мае 2009 года.

Всем реципиентам после верификации осложнения, была выполнена рентгенэндоваскулярная ангиопластика с постановкой стента. Это привело к восстановлению нормальной гемодинамики по ПА. В настоящее время все пациенты чувствуют себя удовлетворительно, функция трансплантатов печени хорошая.

Выводы.

1. Знание артериальной анатомии печени, прецизионная диссекция тканей гепатодуоденальной связки позволяет избежать повреждения печёночной артерии и её ветвей.
2. Диаметр анастомоза, диаметр артерий донора и реципиента не влияют на развитие послеоперационных стенозов печёночной артерии при ОТП.
3. Основной причиной развития артериальных стенозов явился технический фактор, что было связано с отработкой методики трансплантации печени (в т.ч. наложения сосудистых анастомозов).
4. Вариант анатомии печёночной артерии у донора и реципиента определяет тип артериального анастомоза

ГЕАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ: ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Коротыш А.Н., Глинник А.А.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь.

Актуальность. Среди доброкачественных очаговых образований печени гемангиома (ГП) занимает ведущее место по частоте встречаемости, а среди общего числа новообразований печени уступает место лишь метастатическому раку. Обычно это новообразование не вызы-

вает симптомов, а при наличии клинических проявлений последние малоспецифичны.

В последние годы наметилась тенденция к возрастанию количества больных с ГП. С одной стороны, это объясняется внедрением в клиническую практику высокоинформативных диагностических методов исследования, с другой - и истинным увеличением количества этих больных. На сегодняшний день не созданы препараты для консервативного лечения этих образований. По данным литературы, до 90% пациентов с ГП нуждаются в динамическом наблюдении и лишь у немногих из них возникают показания для хирургического вмешательства. Объём операции зависит от размера и локализации гемангиомы и может быть ограничен её энуклеацией или атипичной резекцией печени [1, 2].

Хирургическое лечение ГП представляет сложную и актуальную проблему, что объясняется трудностью верифицирования дооперационного диагноза и особенностями хирургической тактики. К тому же, однозначно не решен вопрос о показаниях к хирургическому лечению, особенно в отношении гемангиом малых размеров.

Цель. Определение показаний к оперативному лечению ГП малых размеров.

В отделении хирургической гепатологии 9ГКБ г.Минска в течение с 2006 г. по июля 2008 г. наблюдались 49 пациентов с рассматриваемой патологией в возрасте от 28 до 72 лет. В группе преобладали женщины - 81,6%. У 53% больных имелись клинические симптомы в виде чувства тяжести и дискомфорта, а также тупых ноющих болей в правом подреберье. Ещё 3 пациента предъявляли жалобы на общую слабость и недомогание. Диагноз устанавливали на основании результатов УЗИ ОБП и компьютерной томографии.

У 8,16% больных использовали для подтверждения диагноза ангиографию. У 1 пациента провели диагностическую лапароскопию, у 2 - биопсию. У 67,4% пациентов имелся одиночный узел, у 26,5% - 2 узла и у 6,1% - 3 и более узлов. Средний размер гемангиом составил 40,5 мм (0,9-11,6 см) (по данным литературных источников ГП размерами до 4-5 см считаются малыми [3]). У 22 больных гемангиомы локализовались в правой доле печени, у 13 - в левой и у 14 - в обеих долях. Подавляющее большинство пациентов проходили динамическое наблюдение по следующей программе: в первый год после установления диагноза контрольное УЗИ каждые 4-6 мес., затем 1 раз в год. Оперированы 36,7% пациентов: из них женщин 72,2%, мужчин - 27,8%. Средний диаметр "прооперированных" гемангиом составил 52,8 мм (2,0-11,6см). У 12 пациентов показанием к операции послужило наличие крупной гемангиомы, проявляющейся симптоматически, у 5 (3 из них малых размеров) - ГП была интраоперационной находкой при хирургических вмешательствах на других органах брюшной полости, 1 - симптомная гемангиома малых размеров с быстрым ростом. Летальных исходов не было. Диагноз ГП был верифицирован гистологически в 98% случаев, у 1 пациента ткань, взятая на гистологическое исследование, оказалась фиброзной без признаков озлокачествления.

Выводы. Показанием к выполнению операции при малых гемангиомах печени является:

1) случаи обнаружения ГП при лапаротомии, произведенной по поводу другой патологии органов

брюшной полости;

2) локализация ГП непосредственно под капсулой печени, когда есть высокий риск её травматического разрыва;

3) симптомные гемангиомы, их абсцедирование и быстрый рост образования;

4) локализация гемангиомы возле крупных сосудов и желчных протоков;

5) неуверенность в доброкачественной природе образования.

Литература:

1. Гемангиомы и кисты печени: современные подходы к диагностике и лечению / А. Е. Борисов [и др.]. - СПб.: Издание Предприятия ЭФА, 2000. - 126 с.

2. Веронский, Г. И. Лечение гемангиом печени / Г. И. Веронский // *Анналы хирург. гепатологии*. - 2000. - Т. 5, № 1. - С. 19-26.

3. Дундаров, З. А. Органосохраняющее хирургическое лечение гемангиом печени // *Анналы хирург. гепатологии*. - 2004. - Т. 9, № 2. - С. 81-82.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

*Котив Б.Н., Алентьев С.А., Дзидзава И.И.
Военно-медицинская академия,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. Колоректальный рак относится к числу наиболее широко распространенных форм злокачественных опухолей и занимает второе место среди причин смерти у онкологических больных. Синхронные и метакронные метастазы в печень возникают у 50% пациентов. При этом изолированное поражение печени становится причиной смерти у 30% больных. Хирургический метод является определяющим в лечении метастатического рака толстой кишки с изолированным поражением печени. Однако к моменту диагностики резекция печени возможна только у 10% пациентов. Кроме того, у 80% пациентов, перенесших резекцию, в отдаленном периоде наблюдается прогрессирование метастатического поражения печени. На настоящий момент результаты изолированного хирургического лечения метастазов колоректального рака в печень хорошо изучены. Благодаря применению современных методов диагностики и оперативного лечения удается достичь пятилетней выживаемости в 30-40%. Однако дальнейшее улучшение результатов лечения данной группы больных может быть связано, вероятнее всего, с использованием комбинированных методов лечения.

Цель. Изучить результаты комбинированного лечения метастазов колоректального рака в печень.

Материал и методы. В исследование включены 92 больных колоректальным раком с метастазами в печень. Из них в 25 (27,2%) случаях выявлены синхронные метастазы колоректального рака в печень, в остальных наблюдениях имело место метакронное метастатическое поражение печени. Объем поражения печени составил

25-70%. По классификации L.Gennary (1984), I стадия установлена у 22 больных, II стадия - 28, III стадия - 42.

Результаты и обсуждение. При синхронных колоректальных метастазах расположенных монолобарно, поражающих менее 50% паренхимы печени, без инвазии в кавальные и портальные ворота и с адекватной функцией печени (n= 7) выполняли симультанное удаление опухоли толстой кишки и резекцию печени с последующей послеоперационной адъювантной полихимиотерапией (регионарное введение оксалиплатина и прием кселода перорально) не менее 6 курсов. В остальных случаях после удаления первичного очага проводилось до 3 курсов регионарной химиотерапии с последующей резекцией печени. В послеоперационном периоде всем пациентам продолжена химиотерапевтическое лечение в адъювантном режиме. Программа комбинированного лечения метастазов в печень включала на первом этапе химиоэмболизацию печеночной артерии (n=24) или воротной вены (n=3), затем выполняли резекцию печени с последующей адъювантной химиотерапией. На фоне проводимой предоперационной химиотерапии (оксалиплатин+кселода) в 53% наблюдений достигнут частичный ответ. Кумулятивная выживаемость больных после комбинированного лечения колоректальных метастазов в печень в течение года составила 87,9±3,2%, а трех- и пятилетняя 48,5±4,3% и 33,3±5,6%, соответственно. Медиана выживаемости составила 46,4 месяца.

Выводы. Комбинированное лечение больных с метастатическим колоректальным поражением печени позволяет увеличить частоту резектабельности опухоли и увеличить продолжительность жизни пациентов данной категории.

ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

*Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Алентьев С.А., Шершень Д.П., Федун О.В., Телицкий С.Ю.
Военно-медицинская академия,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. Механическая желтуха (МЖ) является угрожающим жизни состоянием, развивающимся как осложнение различных заболеваний гепатопанкреатобилиарной области. Закономерным результатом прогрессирования желтухи является быстрое развитие печеночной недостаточности и синдрома эндогенной интоксикации, а при отсутствии хирургической коррекции - летальный исход. Одна из наиболее частых причин МЖ - опухолевое поражение данной зоны. Выполнение радикальных вмешательств в этих случаях возможно лишь в 20-30% наблюдений и на высоте гипербилирубинемии сопровождается большой частотой послеоперационных осложнений и высокой летальностью. На современном этапе развития билиарной хирургии существует целый ряд малоинвазивных эндоскопических и рентгенхирургических методов разрешения механической желтухи.

Преимуществом данных вмешательств является хорошая переносимость их пациентами (отсутствует болевой синдром, после операции пациент не ограничен в диете и физической активности), возможность их применения у пожилых и ослабленных больных.

Цель. Оценить возможности и уточнить показания к различным минимально инвазивным способам хирургической коррекции механической желтухи опухолевого генеза.

Материал и методы. В исследование включен 161 пациент с механической желтухой опухолевой природы: 92 - рак головки поджелудочной железы 48 - первичный и метастатический рак печени 21 - опухоли желчевыводящих путей. Выполнены следующие малоинвазивные вмешательства: чрескожное чреспеченочное наружное дренирование (n=24); чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование (n=54); чрескожное чреспеченочное стентирование желчных протоков (n=32); временное эндоскопическое стентирование желчных протоков (n=34); эндоскопическое стентирование желчных протоков металлическими стентами (n=17). Группу сравнения составили 53 пациента с билиодигестивными анастомозами или холецистостомией.

Результаты и обсуждение. Технический успех в выполнении малоинвазивного дренирования желчных протоков отмечен в 100% случаев. Обязательным условием для выполнения рентгенэндобилиарных пособий было расширение внутривнутрипеченочных желчных протоков более 7-8 мм. Показанием к выполнению эндоскопических эндобилиарных вмешательств были локализация стриктуры в дистальных отделах желчевыводящих путей при отсутствии стеноза двенадцатиперстной кишки и прорастания опухолью стенки кишки и фатерова сосочка. Адекватное дренирование желчных протоков достигнуто при чрескожных чреспеченочных наружно-внутренних и эндоскопических вмешательствах. Наружное дренирование желчных протоков устраняло гипербилирубинемия менее эффективно. У большинства пациентов группы сравнения в ближайшем послеоперационном периоде развился рецидив желтухи (72,4% холецистостом, 50% билиодигестивных анастомозов). Наилучшие результаты рентгенэндобилиарных и эндоскопических вмешательств отмечены при обтурации общего и долевых протоков и при опухолевом поражении печени менее 50%. При более распространенном поражении печени чрескожное чреспеченочное дренирование было менее эффективно, а эндоскопические методы не целесообразны в виду многоуровневого блока. Разрешение механической желтухи позволило 29 больных подготовить и выполнить им в отсроченном порядке радикальные оперативные вмешательства. У пациентов с нерезектабельным опухолевым поражением адекватное малоинвазивное дренирование и стентирование желчевыводящих путей обеспечивало длительную ремиссию желтухи от 6 мес. до 2,5 лет и возможность проведения системной и регионарной химиотерапии. Сочетание дренирования желчных протоков и полихимиотерапии способствовало увеличению медианы выживаемости пациентов данной группы с 6,7 до 15,1 мес.

Выводы. Результативность рентгенэндобилиарных и эндоскопических вмешательств определяется степенью распространенности опухолевого поражения печени и

максимальна при преимущественном блоке дистальных отделов желчевыводящих путей. Малоинвазивные вмешательства более эффективны, чем традиционные оперативные пособия, и позволяют проводить ПХТ и выполнять в отсроченном порядке радикальные операции.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Котив Б.Н., Дзидзава И.И.,
Кашкин Д.П., Смородский А.В.
Военно-медицинская академия,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. Развитие повышенного давления в системе воротной вены - один из наиболее частых и важнейших клинических проявлений хронических диффузных заболеваний печени. Большое клиническое значение её обусловлено варикозным расширением вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ). Кровотечения из них являются наиболее грозным и самым частым осложнением портальной гипертензии. Именно пищеводно-желудочное кровотечение является доминирующей причиной смерти у больных циррозом печени. Общая внегоспитальная смертность от первого кровотечения из ВРВПиЖ составляет 50-60%, а при декомпенсированной функции печени достигает 76-78%.

Цель. Оценить результаты лечения и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода у больных циррозом печени.

Материал и методы. В исследование включено 217 больных с синдромом портальной гипертензии, обусловленной циррозом печени, которые находились на обследовании и лечении в клиниках Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с 1998-го по 2010 годы. Из них мужчин было 129 (59,4%), женщин - 88 (40,6%). Средний возраст пациентов составил 46,8±11,7 лет. Цирроз печени был обусловлен хроническим вирусным гепатитом В у 66 (30,4%) пациентов, у 82 (37,8%) выявлены антитела к вирусу гепатита С, а у 49 (22,6%) определялись маркеры гепатитов В и С. По шкале Child-Pugh пациенты распределились следующим образом: класс А составил 57 (26,3%), класс В - 98 (45,2%), класс С - 62 (28,6%) больных. С продолжающимся кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода поступило 47 (21,7%) больных. Пищеводно-желудочные кровотечения в анамнезе перенесли 124 (57,1%) пациента. Из них почти каждый второй (41,5%) перенес два и более эпизодов геморрагий. Остальные госпитализированы для профилактической коррекции портальной гипертензии. Дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) выполнен у 56 больных, гастрокаваальный шунт - 1, различные виды парциального шунтирования у 62 пациентов. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода выполнено 98 пациентам.

Результаты и обсуждение. Эффективность эндоскопического лигирования в остановке острого пищевого кровотечения составила 92,9%. Рецидив геморрагии в ближайшем послеоперационном периоде имел место у 12,2% больных, в отдаленном - 20,4%. Госпитальная летальность составила 5,1%. В отдаленном периоде после эндоскопической эрадикации рецидив варикозного расширения вен пищевода диагностирован у 65,7% больных. Выживаемость пациентов после эндоскопического лигирования вен пищевода в период наблюдения до 1 года составила 54,5±5,3%, трех- и пятилетняя - 34,9±5,7% и 21,5±9,6%, соответственно.

Портокавальное шунтирование приводило к значимому снижению портального давления с 40,0±7,5 до 26,3±6,1 см водн. ст. ($p < 0,001$). Клинические признаки портосистемной энцефалопатии развились в 18,2% случаев после парциального шунтирования, в 15,1% после дистального спленоренального шунта. Нарушения проходимости ДСРА в послеоперационном периоде не было, тромбозы портокавальных анастомозов малого диаметра диагностированы в 5 (8,1%) наблюдениях. Рецидивов гастроэзофагеальных геморрагий в отдаленном периоде не отмечено. Показатель кумулятивной выживаемости больных с портокавальными анастомозами был в период наблюдения до года 84,4±3,5%, а трех-, пяти- и десятилетняя выживаемость составили 66,6±5,1%, 50,4±5,9% и 25,8±6,2%, соответственно. Продолжительность жизни пациентов после портокаваального шунтирования определяла степень выраженности печеночной декомпенсации. Основными предикторами выживаемости были: скорость плазменной элиминации индоцианового зеленого и его остаточная концентрация на 15 минуте, объем печени > 1200 мл, креатинин < 89 мкмоль/л, объемная скорость кровотока по портальной вене > 550 мл/мин.

Выводы. Портокавальное шунтирование является наиболее радикальным методом коррекции портальной гипертензии и показано у пациентов с компенсированной функцией печени. Эндоскопическое лигирование - эффективный метод остановки кровотечений портального генеза, однако сопровождается высокой частотой рецидива варикозного расширения вен пищевода, что требует постоянно контроля и выполнения повторных сеансов.

ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Криль В. А., Бордаков В.Н., Анисимовец В.Н.
ГУ "432 Главный военный клинический медицинский
центр ВС РБ",
г. Минск, Республика Беларусь*

Внедрение в повседневную практику ультразвуковых методов диагностики, видеоэндоскопических технологий значительно увеличило количество оперативных вмешательств у больных с желчнокаменной болезнью.

Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 1498 больных с калькулезным холециститом, что составило 41% от всех оперативных вмешательств. Ос-

ложнения отмечены у 44 (2,9%) пациентов, умерло 2 больных.

Строго соблюдая правила наложения пневмоперитонеума и троакарной пункции брюшной полости, нам удалось избежать повреждения полых органов и магистральных сосудов. Этому, способствовало интенсивное поднятие передней брюшной стенки (в виде усеченной пирамиды при помощи бельевых цапок, наложенных по обеим сторонам пупка, отступая от него 3 см) и хорошая релаксация больных в наркозе.

Самым частым осложнением лапароскопической холецистэктомии являлось внутрибрюшное кровотечение - 30 случаев. Кровотечение отмечалось как в ходе операции, так и в послеоперационном периоде. Кровотечение из сосудов ложа желчного пузыря было у 16 больных, из пузырной артерии - у 6, из троакарных проколов брюшной стенки - у 3, в 15 случаях кровотечение из ложа пузыря удалось остановить в ходе операции диатермокоагуляцией с использованием би- и монополярных электродов. В 1 случае кровотечение удалось остановить путем тампонады ложа гемостатической губкой и марлевым тампоном, заведенными через разрез в подложечной области. Причинами кровотечения из пузырной артерии явились: повреждение артерии при ее выделении - 5, добавочная пузырная артерия - 1. Массивное кровотечение из пузырной артерии, потребовавшее экстренной лапаротомии, отмечено в 3 случаях. Кровотечение (3 случая), которые трудны для диагностики, так как при контрольном осмотре мест стояния троакаров на завершающем этапе операции признаков кровотечения не отмечалось.

Релапароскопию для остановки кровотечения из прокола передней брюшной стенки использовали в одном случае.

В двух случаях наблюдалось повреждение общего желчного протока.

В целях недопущения повреждения внепеченочных желчных протоков мы придерживаемся следующей тактики:

1. При наличии "деревянистой" плотности инфильтрата в области шейки желчного пузыря от выполнения лапароскопической холецистэктомии следует отказаться.

2. При наличии рыхлого воспалительного инфильтрата операцию необходимо начинать с мобилизации шейки желчного пузыря с последующей четкой визуализацией пузырного протока ("хобот слона").

3. Клипировать любые дополнительные образования в зоне шейки желчного пузыря без их верификации категорически запрещено.

4. Хирург должен отказаться от многочасовой лапароскопической холецистэктомии "любой ценой" и помнить о том, что типичная холецистэктомия "от дна" почти в 100% случаев позволяет избежать повреждения внепеченочных желчных протоков.

Как и при открытых холецистэктомиях, одним из осложнений в послеоперационном периоде является желчеистечение в свободную брюшную полость. Нами отмечено 3 таких наблюдения. В двух случаях причиной желчеистечения явилось прорезывание пузырного протока клипсами из-за их несоответствия клипатору, в одном - соскальзывание клипсы с пузырного протока.

После выполнения лапароскопической холецистэк-

томии по поводу хронического калькулезного холецистита у двух больных развилась клиника очагового деструктивного панкреатита, который удалось купировать консервативными методами. У 5 больных в послеоперационном периоде отмечена длительная амилазурия без клинических и инструментальных признаков панкреатита, что не потребовало специфического лечения.

После лапароскопических холецистэктомий по поводу желчнокаменной болезни отмечено два летальных исхода. В одном случае причиной смерти была тромбоэмболия легочной артерии, в другом - острая стрессовая язва луковицы двенадцатиперстной кишки осложненная перфорацией с массивным внутрикишечным и внутрибрюшным кровотечением.

Таким образом, анализ результатов лечения больных с хроническим калькулезным холециститом еще раз свидетельствует, что лапароскопическая холецистэктомия, несмотря на встречающиеся осложнения, является "золотым стандартом" при данном заболевании.

ВОЗМОЖНОСТИ СОЧЕТАННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА

*Курбонов К.М., Даминова Н.М., Шарипов Х.Ю.
ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
г. Душанбе, Республика Таджикистан*

Актуальность. Среди ранних послеоперационных хирургических осложнений традиционной и эндоскопической холецистэктомии, наиболее тяжелым и опасным является послеоперационный желчный перитонит (ПЖП). Следует подчеркнуть, что ПЖП в большинстве случаев развивается вследствие интраоперационного повреждения магистральных желчных протоков (МЖП), выпадения дренажей и клипс вследствие послеоперационной желчной гипертензии из пузырного протока [1,2].

Результаты лечения пациентов с ПЖП во многом зависят от ранней ее диагностики до инфицирования излившейся желчи в брюшную полость и коррекции желчепотери в свободную брюшную полость.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с ПЖП.

Материал и методы. В клинике за последние 15 лет оперирован 171 пациент с ПЖП. При этом в 11 наблюдениях для лечения ПЖП обусловленного повреждением МЖП (n=4), соскальзыванием лигатуры (n=4) и клипс (n=3) с пузырного протока вследствие резидуального холедохолитиаза, стеноза большого дуоденального сосочка на почве послеоперационной желчной гипертензии эффективно применялось сочетанные эндоскопические вмешательства.

ПЖП в ранние сроки развития устанавливали на основании выделения желчи по контрольным дренажам брюшной полости, а также УЗИ и лапароскопии.

Результаты и их обсуждения. Наличие диагноза ПЖП в ранние сроки является абсолютным показанием к неотложной релапаротомии и выполнению реконструктивно-восстановительных операций на МЖП, которые нередко сопровождается высокой частотой неудовлетво-

рительных результатов (несостоятельность билиодегистивного анастомоза, рубцовые стриктуры желчных протоков). В связи с этим в своих наблюдениях и начальных стадиях развития местного ПЖП в 11 наблюдениях для лечения ПЖП, ликвидации источника перитонита и снижение частоты рубцовых стриктур МЖП эффективно выполнялись сочетанные эндоскопические вмешательства.

Так в 4 наблюдениях после эндохирургической санации и дренирования брюшной полости, повторного ушивания культи пузырного протока выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литэкстракцией. Ещё в 3 случаях ЭПСТ сочетали с реллапароскопией реклипированием пузырного протока санацией и дренированием брюшной полости при стенозе большого дуоденального сосочка.

При "свежих" краевых повреждениях МЖП "+2" (n=2) и "+1" (n=2) осложнившейся местным ПЖП (n=4) после выполнения видеоллапароскопической санации и дренирования подпеченочного пространства, для ликвидации источника перитонита и профилактики послеоперационной рубцовой стриктуры желчного протока эффективно осуществляли билиодуоденальное стентирование зоны повреждения пластиковыми стентами. После выполнения сочетанных эндоскопических вмешательств в 3 случаях отмечали послеоперационный панкреатит легкой степени. Летальных исходов не наблюдали.

Вывод. Эндоскопические вмешательства в ранней стадии местного ПЖП должны выполняться при отсутствии инфицирования излившейся в брюшную полость желчи в специализированных учреждениях, по строгим показаниям высококвалифицированными специалистами имеющие большой опыт в эндоскопической и реконструктивно-восстановительной хирургии желчных путей.

Литература:

1. Гальперин, Э. И. Факторы определяющие выбор операции при "свежих" повреждениях магистральных желчных протоков / Э. И. Гальперин // *Анналы хирург. гепатол.* - 2009. - № 1. - С. 49-56.

2. Шаповалаянц, С. Г. Эндоскопические возможности в лечение "свежих" повреждений желчных протоков / С. Г. Шаповалаянц, С. Ю. Орлов, А. Г. Мыльников // *Анналы хирург. гепатол.* - 2005. - № 3. - С. 50-54.

ЭНДСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Мудинов С.М.,
Одинаев Р.О., Каримов З.
ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
г. Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность. Широкое внедрение в клиническую практику новых передовых технологий открывает определенные перспективы в хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени [2]. При этом этапное

выполнение вмешательства у больных с прорывом эхинококковой кисты в желчные ходы, осложнившиеся механической желтухой, а также послеоперационная эндовидеоскопия остаточной полости применением эндоскопии позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и летальность [1, 3].

Цель. Оценить значимость эндоскопии в комплексном лечении осложненного эхинококкоза печени (ОЭП).

Материал и методы. В 18 наблюдениях на первом подготовительном этапе больных с эхинококкозом печени, осложнившимся механической желтухой, выполнена инструментальная декомпрессия (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая санация желчного дерева, эндоскопическая дилатация стриктур и эндоскопическое назобилиарное дренирование), обеспечивающая купирование острого приступа и ликвидацию холангита. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была произведена 11 больным. В ходе проведения ЭПСТ производили инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки, дочерних кист эхинококка (7). Нормализация показателей билирубина и результатов других исследований, а также общего состояния пациента наступала соответственно на 8-11 сутки с момента разрешения холестаза.

Сочетанная эндоскопическая папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование применено 7 пациентам. Показаниями для сочетанного выполнения этих манипуляций считались: выраженная картина паразитарного холангита (4) и отек области большого дуоденального соска (3), что препятствовало пассажу желчи. Во время выполнения эндоскопического удаления хитиновых оболочек в 3 случаях обнаружено явление катарального холангита, в 3 случаях - эрозивного холангита и в 1 случае картина эрозивно-язвенного холангита. В послеоперационном периоде желчные протоки промывали 0,5% раствором Бетадина и антибиотиками через полихлорвиниловый катетер. Нормализация показателей билирубина у этих больных наступала соответственно на 8-9, 10-11, и 16-17 сутки после вмешательства. После улучшения состояния больных проведено контрастирование желчевыводящих путей. В 5 (71,4%) случаях контрастное вещество попадало в полость эхинококковой кисты, а в 2 (28,6%) случаях эхинококковая киста не контрастировалась, что указало на эффективность консервативного лечения цистобилиарных свищей.

Результаты и обсуждения. На основании вышесказанного, очевидно, что в комплексном лечении больных эхинококкозом печени, осложненном механической желтухой, декомпрессивные вмешательства являются важным звеном. При этом нужно подчеркнуть также высокую эффективность методов в снижении интоксикации и купировании печеночной недостаточности. Патогенетически обоснованная пердооперационная подготовка больных с осложненным эхинококкозом печени, включая дезинтоксикационные, антиоксидантные, гепатопротекторные средства в комплексе с другими лекарственными препаратами и декомпрессивными вмешательствами представляются ведущими звеньями в комплексе лечения этого тяжелого контингента больных. При этом очевидна их высокая эффективность в снижении интоксикации и купировании скрытой

печеночной недостаточности. Наиболее эффективным при осложненном эхинококкозе печени механической желтухой были ЭПСТ и назобилиарное дренирование, которые позволили разрешить холестаза в течение 8-10 суток от начала декомпрессии соответственно и выполнить радикальное оперативное вмешательство в наиболее благоприятных условиях.

Вывод. Лечебный эффект предоперационного инструментального вмешательства у больных с осложненным эхинококкозом печени объясняется ликви-дацией желчной гипертензии, отведением токсической желчи, что способствует скорейшему купированию холангита.

Литература:

1. Алиханов, Р. Б. Эндовидеохирургическое лечение эхинококкоза печени / Р. Б. Алиханов, С. И. Емельянов, М. А. Хамидов // *Анналы хирург. гепатологии.* - 2008. - Т. 13, № 3. - С. 205.
2. Горемыкин, И. В. Видеолапароскопия в лечении эхинококкоза печени: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27, 14.00.35 / И. В. Горемыкин; Саратов. гос. мед. ун-т. - Саратов, 1999. - 34 с.
3. Джалалов, Ю. В. Лечебно-диагностическая тактика при эхинококкозе печени, осложненном механической желтухой / Ю. В. Джалалов // *Хирургия.* - 1999. - № 4. - С. 63-64.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Холов К.Р.
ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
г. Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность. Внедрение новых технологий, иных возможностей лечебной и диагностической аппаратуры открывают перспективы малоинвазивных вмешательств, которые в последние годы все более привлекают внимание клиницистов [1, 2, 3]. Одним из направлений в малоинвазивном лечении эхинококкоза печени является лапароскопия, которая завоевывает все большую популярность среди клиницистов и применяется при многих хирургических заболеваниях как в диагностической так и лечебной целью [4, 5].

Цель. Изучить обоснованность и эффективность применения новой технологии у больных эхинококкозом печени.

Материал и методы. Видеолапароскопические вмешательства выполнены 69 (27,9%) больным эхинококкозом печени в возрасте от 16 до 66 лет и они представлены в виде трех технологий: лапароскопическая эхинококкэктомия (17 пациентов), эндовидеоскопия остаточной полости при традиционной эхинококкэктомии печени (49) и чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени (3). Лапароскопическую эхинококкэктомию (ЛЭЭ) производили по общепринятой методике PAIR (пункция - аспирация содержимого - инъекция сколексоцидного агента - реаспирация), дополняемой

лапароскопической резекцией стенки кисты и дренированием остаточной полости.

Апаразитарность операции обеспечивалась применением нескольких салфеток, изолирующих кисту от брюшной полости в ходе лапароскопической пункции эхинококковых кист печени. Антипаразитарная обработка осуществлялась 3-5-минутной экспозицией 0,5%-го спиртового раствора фенбендазола.

Чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени применено при лечении 3 больных с функционирующим дренажом остаточной полости печени в различные сроки после оперативного лечения эхинококкоза печени. Использовали фиброхоледоскоп фирмы "Пентакс" (Япония).

Результаты и обсуждения. Выбор вида оперативного вмешательства был сделан индивидуально. В 6 случаях из 23 предпринятых лапароскопических операций осуществлен переход на лапаротомию в связи с полным внутрипеченочным расположением эхинококковой кисты (4) и имеющейся дополнительной кисты в недоступном сегменте для лапароскопии (2).

Благодаря тщательному осмотру полости и внутренней стенки фиброзной капсулы в 7 случаях удалены незамеченные во время открытого этапа операции зародышевые элементы паразита. В 4 случаях интраоперационно выявлены и закрыты мелкие цистобилиарные свищи с использованием эндохирургического инструментария. При использовании чресфистульной эндовидеоскопии остаточной полости у 1 больного выявлен и коагулирован цистобилиарный свищ.

Чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени применено при лечении 3 больных с функционирующим дренажом остаточной полости печени после оперативного лечения эхинококкоза печени. Во всех случаях первичная операция была завершена наружным дренированием остаточной полости печени в связи с нагноением эхинококковых кист, что сформировали наружные гнойно-желчные свищи.

Вывод. Применение новой технологии в виде: видеолапароскопии, диагностической и лечебной эндовидеоскопии остаточной полости печени в интра- и послеоперационном периодах, позволили улучшить результаты лечения больных с эхинококкозом печени.

Литература:

1. Емельянов, С. И. Эндовидеохирургия эхинококковых кист печени / С. И. Емельянов, М. А. Хамидов // *Эндоскоп. хирургия.* - 2000. - № 5. - С. 40-43.
2. Зейналов, Н. А. Лапароскопическая эхинококкэктомия / Н. А. Зейналов, С. М. Зейналов // *Эндоскоп. хирургия.* - 2004. - №5. - С. 58-66.
3. Ильхамов, Ф. А. Возможности эндовизуальной техники при эхинококкозе печени / Ф. А. Ильхамов, А. И. Икрамов // *Анналы хирург. гепатологии.* - 2004. - Т. 9, № 2. - С. 85.
4. Ким, В. Л. Малоинвазивная хирургия в лечении эхинококкоза печени / В. Л. Ким, У. Б. Берхинов // *Анналы хирург. гепатологии.* - 2006. - Т. 10, № 2. - С. 104.
5. Baskaran, V. Feasibility and safety of laparoscopic management of hydatid disease of the liver / V. Baskaran, P. K. Patneik // *JSLs.* - 2004. - Vol. 4. - P. 259-363.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Михин С.В., Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г.,
Кондаков В.И., Алейникова Е.С.
"Волгоградский государственный медицинский
университет"
г. Волгоград, Российская Федерация

Актуальность. При синдроме портальной гипертензии (ПГ) качество жизни и угроза наступления летального исхода определяются развитием осложнений. Одним из наиболее грозных среди них является возникновение пищевода (ПК), которое в течение двух лет после выявления варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) развивается у 30% пациентов. Впервые возникший эпизод геморрагии приводит к летальному исходу в 50-80% случаев. В течение первого года у 60% пациентов возникает рецидив, от которого погибает еще 70 - 80%.

Цель. Улучшение результатов профилактики и лечения кровотечений из ВРВП у больных с ПГ путем применения эндоскопического лигирования (ЭЛ), лапароскопической диссекции венечной вены желудка (ДВВ), рентгеноэндовазкуляризации селезеночной артерии (ЭСА).

Материал и методы. Пациенты с циррозом печени (ЦП), относимые к категории Child-Pugh В-С, плохо переносят "традиционные" хирургические пособия, сопряженные с высокой наркозно-хирургической агрессивностью. Используем тактику этапной малоинвазивной комплексной хирургической коррекции. Как самостоятельный метод или последовательно в различных комбинациях применяем с 2005 г. ЭЛ ВРВП (непосредственное воздействие на имеющийся/угрожаемый очаг - 44 наблюдения), с 2006 г. - ДВВ (порто-азигальное разобщение - 17) и с 2008 г. - рентгеноэндовазкулярную ЭСА (для уменьшения притока артериальной крови в бассейн воротной вены с целью снижения портального давления и коррекции явлений гиперспленизма - 19). Анализировали результаты лечения 59 больных. У 47 пациентов (79,7%) причиной ВРВП был цирроз печени (ЦП), у 12 (20,3%) - внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ). Показаниями к хирургической коррекции считали: I. Необходимость проведения первичной профилактики ПК в 25 (23-ЦП, 2-ВПГ) наблюдениях у больных с клинико-эндоскопическими признаками угрозы возникновения первого эпизода. II. Вторичная профилактика у 5 (3+2) пациентов, перенесших в отдаленном анамнезе ПК без клинико-лабораторных симптомов на момент выполнения манипуляции. III. Состоявшееся ПК, остановленное консервативно - в 22 (17+5) случаях. IV. Продолжающееся ПЖК у 7 (4+3) больных. У больных ЦП вмешательства по неотложным показаниям выполнили в 8 (17,0%) наблюдениях, в плановом порядке - в 39 (83,0%). При ВПГ соотношение составило 4 (33,3%) к 8 (66,7%). Всего в

срочном порядке хирургическое лечение начинали у 12 (20,3%) пациентов. Патологические изменения вен пищевода у 9 (75,0%) больных группы ВПГ классифицировали как ВРВП III по А.Г. Шерцингеру; в группе ЦП ВРВП III регистрировали в 35 (74,5%) наблюдениях. Всего комплексно пролечили 16 пациентов. В группе ЦП комбинации малоинвазивных хирургических методик (14) были следующими: ЭЛ+ДВВ+ЭСА-6; ЭЛ+ДВВ-1; ДВВ+ЭЛ-1; ЭЛ+ЭСА-4; ЭСА+ДВВ-2. У больных с ВПГ в одном случае использовали последовательно ЭЛ+ДВВ, еще в одном - ЭЛ+ЭСА.

Результаты и обсуждение. Общая летальность в исследуемой группе (59) составила 10,2% (6 больных ЦП категории Child-Pugh C). Причиной смерти явились рецидив ПЖК (4) и печеночная кома (2). Сроки наблюдения составили от нескольких месяцев до 5 лет. Если при изолированном применении ЭЛ количество рецидивов ВРВП через 1 год достигало 42,4%, то при дополнении ЭЛ ДВВ и/или ЭСА рецидив ВРВП выявили в 1 случае (7,1%), что потребовало повторного курса ЭЛ. У пациентов, которым проводили комплексное малоинвазивное лечение, летальных исходов, связанных с развитием ПЖК в раннем постманипуляционном периоде и при последующем наблюдении до 3 лет, не регистрировали.

Выводы. Использование сочетания различных высокотехнологичных малоинвазивных методик хирургической коррекции в различной последовательности позволило улучшить результаты профилактики и лечения ВРВП и его осложнений (пищеводных кровотечений) в группе наиболее тяжелых больных с портальной гипертензией, более 80% из которых составили пациенты с декомпенсированным ЦП класса Child-Pugh C.

Литература:

1. Тактика ведения больных с внепеченочной портальной гипертензией после прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка / А. К. Ерамишанцев [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии.* - 2005. - Т. 10, № 1. - С. 27.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Михин С.В., Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г.,
Кондаков В.И., Алейникова Е.С.
"Волгоградский государственный медицинский
университет",
г. Волгоград, Российская Федерация

Актуальность. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у больных с различными формами портальной гипертензии остается одной из основных причин наступления летального исхода. Пациенты, относимые к категории Child-Pugh В-С, плохо переносят "традиционные" хирургические пособия, сопряженные с высокой наркозно-хирургической

агрессивности. В связи с этим в нашей клинике используем тактику этапной малоинвазивной комплексной хирургической коррекции.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с портальной гипертензией (ПГ) посредством применения рентгеноэндоваскулярных методов коррекции.

Материал и методы. В данном сообщении представлены результаты рентгеноэндоваскулярных вмешательств у 19 больных с ПГ, которые начали применять в нашей клинике с 2008 года. У 17 пациентов причиной развития ПГ явился цирроз печени (ЦП), у 2 - внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ). Декомпенсированная стадия ПГ определена у 13, субкомпенсированная - у 6 больных. Как самостоятельный метод рентгеноэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии была выполнена у 6 больных (ЦП - 5, ВПГ - 1). Последовательно использовали малоинвазивные эндоскопические методики (эндоскопическое лигирование ВРВП подслизистого слоя пищевода (ЭЛ), лапароскопическая диссекция венечной вены желудка (ДВВ)) и ЭСА в 12 наблюдениях. В группе ЦП комбинации малоинвазивных хирургических методик применили в 12 наблюдениях (ЭЛ+ДВВ+ЭСА-6; ЭСА+ДВВ-2; ЭЛ+ЭСА-4). При ВПГ однократно использовали последовательно ЭЛ и ЭСА. Патологические изменения вен пищевода у 2 больных группы ВПГ классифицировали как ВРВП III по А.Г. Шерцингеру; в группе ЦП ВРВП III было у 12 пациентов, ВРВП II - у 4 больных. ЭСА была показана во всех случаях ПГ для уменьшения притока артериальной крови в бассейн воротной вены с целью снижения портального давления при наличии спленомегалии, а также с целью коррекции гиперспленизма. Катетеризацию селезеночной артерии у 13 пациентов осуществляли путем пункции правой общей бедренной артерии в верхней трети. У 6 пациентов попытка катетеризации селезеночной артерии путем пункции правой общей бедренной артерии оказались не удачными, в связи с чем была пунктирована и катетеризована левая плечевая артерия в средней трети. Стволовая ЭСА выполнялась металлическими спиралями "Gianturco" 0,035-10-8 ("Cook") у 14 больных, у 5 дополнительно для получения полного блока использовали спираль "Tornado" 0,035-8-5 ("Cook"). Для достижения блока селезеночной артерии было использовано от 2 до 7 металлических спиралей.

Результаты и обсуждение. После ЭСА в большинстве случаев были выявлены положительные сдвиги в показателях крови. На 18 сутки у 18 пациентов отмечали увеличение количества тромбоцитов и лейкоцитов. У одного больного с декомпенсированным ЦП показатели крови остались без изменений. При УЗИ через неделю после ЭСА в 6 случаях были выявлены зоны инфаркта селезенки, с последующим их рубцеванием через 30 суток на фоне проводимой антибактериальной терапии и применения неспецифических противовоспалительных препаратов. На доплерографии у 15 больных отмечали снижение кровотока по селезеночной артерии 3-4 раза от исходных показателей линейной скорости, у 4 - достигли полной окклюзии селезеночной артерии дистальнее эмболизационных спиралей. В двух наблюдениях через 1 и 2 месяца после первого сеанса ЭСА выявили реканализацию селезеночной артерии. При этом эффект операции снижался: отмечали тенденцию к

увеличению селезенки и нарастанию явлений гиперспленизма. В обоих случаях была выполнена повторная ЭСА. При использовании ЭСА в качестве самостоятельного метода коррекции ПГ отмечали уменьшение количества и диаметра стволов ВРВП. При сочетанном использовании ЭЛ, ДВВ и ЭСА рецидив ВРВП выявлен в 1 случае, что потребовало повторного курса ЭЛ. У пациентов, которым проводили комплексное малоинвазивное лечение, летальных исходов, связанных с развитием пищевода кровотечения в раннем постманипуляционном периоде и при последующем наблюдении до 3 лет, не регистрировали.

Выводы. Самостоятельное и последовательное применение малоинвазивных эндоскопических и рентгеноэндоваскулярных хирургических методов позволяют улучшить результаты лечения больных с ПГ и ее осложнениями.

Литература:

1. Даян, З. А. Эндовидеохирургические методы лечения портальной гипертензии / З. А. Даян, А. В. Хохлов // *Вестн. хирургии.* - 2007. - Т. 166, № 1. - С. 67.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Никитина М.Н., Пиманов С.И., Томчина А.В., Кожар ВЛ., Сушков С.А.

Витебский областной клинический онкологический диспансер,

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",

г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Метод эхографии на сегодняшний день является наиболее информативным средством диагностики заболеваний желчного пузыря, включая его опухоли и опухолевидные поражения [1]. Рак желчного пузыря (РЖП) развивается у 1,0-2,0% пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [2]. По результатам патогистологического исследования, хирургически удаленных желчных пузырей рак выявляется в 0,23-5,9% случаев [3].

Цель. Провести сравнительную оценку результатов ультразвукографии и данных морфологического исследования желчного пузыря при РЖП и калькулезном холецистите.

Материал и методы. Рассмотрены результаты ультразвукового исследования 26 больных (24 женщины и 2 мужчин), у которых по результатам патоморфологического исследования верифицирован РЖП. Средний возраст больных составил $66,27 \pm 2,09$ лет, $s=10,68$. Группы сравнения составили: 41 больной хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) и 35 больных острым калькулезным холециститом (ОКХ).

Результаты и обсуждение. Ультрасонографически при РЖП выявлены полиповидные массы внутри его просвета, диффузное или локальное утолщение стенки

желчного пузыря, опухоль, замещающую нормальный желчный пузырь (весь орган или его часть). Дополнительными признаками РЖП были: расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков как следствие прорастания в них опухоли, увеличение лимфоузлов в воротах печени, прорастание опухоли или метастазы в печень. Инвазия РЖП в желудок и толстую кишку при УЗИ не выявлялись вследствие ограниченных возможностей диагностики патологии полых органов по общепринятой методике.

Поскольку РЖП достаточно часто сочетается с ХКХ и ОКХ, то в случаях этих заболеваний всегда необходимо иметь в виду вероятность опухолевого процесса. Обострение хронического воспаления при калькулезном холецистите с соответствующей клинической симптоматикой служит поводом для обращения больного за медицинской помощью. После проведенного обследования, а зачастую только после хирургического лечения с последующей патоморфологической верификацией выявляется сопутствующее злокачественное новообразование желчного пузыря. По результатам проведенного исследования, рак желчного пузыря в 88,5% случаев сочетался с ЖКБ, в том числе в 57,7% - с острым калькулезным холециститом и в 30,8% - с хроническим калькулезным холециститом. Поэтому ультразвуковая картина больных раком желчного пузыря и острым калькулезным холециститом статистически достоверно не отличалась. Исключение составляли случаи полиповидной формы РЖП, а также запущенные стадии заболевания, при которых имелись специфические изменения в прилежащих органах.

Воспалительные изменения стенки желчного пузыря и наличие конкрементов затруднили диагностику РЖП. Утолщение стенки желчного пузыря является неспецифическим признаком.

Полиповидная форма рака желчного пузыря составила 15,4% от всех случаев и имела отличительные признаки, обусловившие высокую специфичность метода УЗИ (91,4%) при РЖП.

По результатам проведенного нами исследования и согласно соответствующим литературным данным, преобладают диффузные формы рака желчного пузыря (84,6%), которые сонографически плохо распознаются. Нет патогномичных признаков диффузного варианта РЖП особенно в ранней его стадии. Анализ ультразвуковой картины позволил впервые выделить холециститоподобный вариант РЖП, который наблюдался в 61,5% случаев, что, учитывая подобие эхографической картины рака желчного пузыря и острого калькулезного холецистита, имеет важное практическое значение.

Согласно классификации по системе TNM, опухоль в стадии T1 прорастает слизистую или мышечный слой стенки пузыря, T2 - опухоль распространяется на околомышечную соединительную ткань до серозы без инфильтрации в печени. Следовательно, ранний рак желчного пузыря может выглядеть как полиповидное образование и локальное утолщение стенки. Однако отсутствие клинической картины на данном этапе заболевания, сочетание с калькулезным холециститом и ограниченные возможности общепринятого УЗИ у подавляющего числа больных, делают практически невозможным выявление последнего признака. Более вероятно выяв-

ление вышеуказанных изменений стенки желчного пузыря у пациентов без сочетания с ЖКБ, которое встречается весьма редко и также на ранних стадиях протекает бессимптомно.

Таким образом, выделение двух основных вариантов ультразвуковой картины при раке желчного пузыря - холециститоподобной и полиповидной, отличающихся по частоте встречаемости и своей специфичности, представляется вполне обоснованным и полезным для практической работы.

Выводы. Рак желчного пузыря чаще имеет инфильтративную форму роста (61,5%) и реже - полиповидную. Эхографическая картина при инфильтративной форме роста опухоли желчного пузыря в большинстве случаев является холециститоподобной.

Литература:

1. *Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике: в 5 т. / под ред. В. В. Митькова. - М.: Видар, 1996-1998. - Т. 1. - 388 с.*
2. *Гонтарь, А. И. Рак желчного пузыря / А. И. Гонтарь // Хирургия. - 2001. - № 3. - С. 19-22.*
3. *Gallstones and gallbladder carcinoma / L. Vitetta [et al.] // Aust. N. Z. J. Surg. - 2000. - Vol. 70, N 9. - P. 667-673.*

ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ ДВУХ ДОСТУПОВ КАК МИНИМИЗАЦИЯ МИНИМАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ

*Орехов Г.И.
Брянская областная больница №1,
г. Брянск, Российская Федерация*

Актуальность. Развитие эндовидеохирургических оперативных вмешательств идет по пути уменьшения операционной травмы и максимального достижения косметического эффекта в послеоперационном периоде. Применение четырех троакарных доступов не всегда оправдывает себя во время операции, а на отдельных этапах мешает выполнению последней.

Цель. Уменьшить операционную травму передней брюшной стенки при лапароскопической холецистэктомии за счет минимального количества операционных ран.

Приводится способ лапароскопической холецистэктомии из двух доступов при хроническом калькулезном холецистите.

Материал и методы. Места введения троакаров и количество троакаров может варьировать в зависимости от конституционных и анатомических особенностей пациента [1]. В отечественной литературе описан вариант косметического выполнения лапароскопической холецистэктомии из трех лапаропортов для технически простых случаев. При этом первый троакар вводят в umbilical point, в него вводится оптическая трубка, второй троакар вводят в эпигастральной точке на 2 см

ниже рукоятки грудины, третий троакар вводят по срединноключичной линии справа на 2 см ниже правой реберной дуги [1, 3]. Лапароскопическая холецистэктомия в Брянской областной больнице №1 выполняется с 1995 года. В отделении эндовидеохирургии за период с 1996 по 2010 гг., проведено более 7 тысяч лапароскопических холецистэктомий из них большая часть оперативных вмешательств приходится на операции по поводу хронического калькулезного холецистита.

Результаты и обсуждение. За 2009 год проведено 381 лапароскопических холецистэктомий, из них при хроническом калькулезном холецистите 312 (81,8%), хроническом холецистите в обострении 42 (11%), остром калькулезном холецистите 26 (6,8%). Анализ выполнения способа лапароскопической холецистэктомии из двух доступов при хроническом калькулезном холецистите показывает, что применение дополнительных разрезов на передней брюшной стенке нецелесообразно. Это не сказывается на качестве операции, возникновении возможных осложнений, а также не удлиняет время оперативного пособия. Сущность лапароскопической холецистэктомии из двух доступов состоит в том, что производят введение первого троакара в умбиликальный разрез кожи живота, второго троакара под контролем оптики в эпигастральный разрез кожи и третьего троакара - в умбиликальную рану с уже имеющимся в ней троакаром.

Клинические исследования способа лапароскопической холецистэктомии из двух доступов проводились в Брянской областной больнице №1. С 2008 года проведено 105 лапароскопических холецистэктомий способом из двух доступов у больных хроническим калькулезным холециститом. На способ лапароскопической холецистэктомии из двух доступов получена заявка на изобретение №2009147867 (0707445) от 22 декабря 2009 г. Исходя из результатов исследования, можно сказать, что предлагаемый способ лапароскопической холецистэктомии из двух доступов обладает преимуществами перед традиционной лапароскопической холецистэктомией.

Выводы:

1) позволяет добиться хорошего косметического эффекта без финансовых затрат на приобретение дорогостоящего специального инструментария;

2) позволяет повысить эстетичность лапароскопической холецистэктомии при сохранении преимуществ традиционной лапароскопической операции;

3) позволяет уменьшить операционную травму передней брюшной стенки за счет минимального количества операционных ран.

Литература:

1. Хоронько, Ю. В. *Справочник по неотложной хирургии* / Ю. В. Хоронько, С. В. Савченко. - Ростов н/Д, 1999. - С. 195.

2. *Косметическая модификация выполнения лапароскопической холецистэктомии из трех точек* / Ю. Н. Гололобов [и др.] // *Эндоскоп. хирургия.* - 1998. - № 2. - С. 19-20.

3. Орехов, Г. И. *Лапароскопическая холецистэктомия из трех троакарных доступов* / Г. И. Орехов // *Эндоскоп. хирургия.* - 2009. - № 5. - С. 33-36.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СТРИКТУРАХ ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ НА ПЕТЛЕ ТОЩЕЙ КИШКИ

Орловский Ю.Н., Воробей А.В., Вижинис Е.И., Лагодич Н.А., Лурье В.Н., Деркачева Н.В. ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования" Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии, УЗ "Минская ОКБ", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. К настоящему времени наиболее распространенными методами диагностики стриктур гепатикоюноанастомозов (ГЕА) на петле тощей кишки по Ру являются чрескожная чреспеченочная холангиография и МРТ - холангиография. Из всех этих способов диагностики достоверно судить о патологических изменениях в зоне ГЕА не представляется возможным. С целью дифференциальной диагностики стриктур ГЕА и рецидивирующего холангита в последние годы нашла применение двухбаллонная энтероскопия (ДБЭ), которая позволяет четко определить характер и выраженность патологических изменений со стороны билиодигестивного соустья, а также провести ретроградную холангиографию для исключения патологии внутрипеченочных желчных протоков [1, 2, 3].

Цель. Сообщить о первом опыте ДБЭ-исследования петли тощей кишки после реконструктивных операций на желчевыводящих путях и определить эффективность данного метода в дифференциальной диагностике осложнений первичной коррекции.

Материал и методы. В РЦ РХГ, КП и лазерной хирургии с 2009 г. 17 пациентам с подозрением на холангит и/или стриктуру ГЕА на петле тощей кишки в разные сроки после операции был проведен осмотр ГЕА через петлю тощей кишки и у ряда больных выполнена ретроградная холангиография. Возраст пациентов варьировал от 37 до 66 лет. Ранее всем больным были выполнены реконструктивные операции на желчевыводящих путях в различных лечебных учреждениях РБ в связи с ятрогенными повреждениями желчных протоков (15 наблюдений) и вследствие "головчатого" псевдотуморозного панкреатита и опухоли головки поджелудочной железы - ПДР по Чайлду (2 наблюдения). Наложение ГЕА на петле тощей кишки с соустьем по Брауну было выполнено в 2-х случаях, ГЕА на петле по Ру - в 13, ГЕА на одной петле по Ру после ПДР - в 2 наблюдениях.

Результаты и обсуждение. 16 больным в разные сроки после операции была выполнена МРТ-холангиография (МРТ-ХГ), по данным которой у 4 из этих пациентов исключить стриктуру ГЕА было невозможно. В одном наблюдении МРТ - ХГ произведена не была по техническим причинам.

Осмотреть зону ГЕА удалось у 8 (47%) пациентов: у 2 - на петле тощей кишки с соустьем по Брауну, у 2 - на петле по Ру после ПДР, у 4 - после реГЕА на петле по Ру. При осмотре соустья выяснено: в 4 случаях анастомоз

функционировал адекватно, диаметр его оставался широким, что исключало стриктуру ГЕА, ранее диагностированную по данным МРТ-ХГ. Диагностическая эффективность ДБЭ-холангиоскопии при наличии петли с соустьем по Брауну составляла 100%, при наличии петли по Ру - 50%. В одном наблюдении стриктура ГЕА с правым печеночным протоком на петле тощей кишки с межкишечным соустьем по Брауну подтвердилась. При этом удалось заканолюлировать рубцовосуженное соустье и законтрастировать внутрипеченочные желчные протоки.

9-и пациентам, которым не удалось визуализировать область ГЕА и больным с осмотром соустья производили забор желчи для бактериологического исследования и биопсию стенки петли по Ру. В 2 наблюдениях был диагностирован кандидозный холангит. У 10 пациентов при наличии неизменной желчи в дистальных отделах петли по Ру патология со стороны билиодигестивного соустья была исключена, что подтверждено результатами МРТ-ХГ. В 3 случаях петля тощей кишки по Ру не была осмотрена в результате выраженного спаечного процесса в брюшной полости, что не позволило адекватно провести энтероскоп. Максимальное время ДБЭ-осмотра петли тощей кишки составило 85 мин (с канюляцией ГЕА - 120 мин).

Выводы. Осмотр петли тощей кишки и ГЕА с помощью ДБЭ является перспективным методом исследования и выполняем в 50-100% случаев в зависимости от вида реконструкции; МРТ-ХГ после формирования ГЕА в ряде наблюдений дает ложноположительные данные в пользу стриктуры соустья; на этапе освоения методики пройти двухбаллонным энтероскопом правильно сформированный энтероэнтероанастомоз "конец в бок" с осмотром ГЕА достаточно сложно, что подтверждается и опытом зарубежных авторов.

Литература:

1. Abakken, L. Double-balloon enteroscopy for endoscopic retrograde cholangiography in patients with a Roux-en-Y anastomosis / L. Abakken, M. Bretthauer, P. D. Line // *Endosc.* - 2007. - Vol. 39, N 12. - P. 1068-1071.
2. Fahndrich, M. A facilitated method for endoscopic interventions at the bile duct after Roux-en-Y reconstruction using double balloon enteroscopy / M. Fahndrich, M. Saudmann, M. Heike // *Z. Gastroenterol.* - 2008. - Vol. 46. - N 4. - P. 335-338.
3. Koornstra, J. J. Double balloon enteroscopy for endoscopic retrograde cholangiopancreatography after Roux-en-Y reconstruction: case series and review of the literature / J. J. Koornstra // *Neth. J. Med.* - 2008. - N 66. - P. 275-279.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Павлюк Г.В., Дану М.И.
Молдавский государственный медицинский
университет им. Н.Тестемицану,
г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. До настоящего времени, виды и объемы оперативных вмешательств при объемных жидкостных образованиях печени остаются предметом дискуссий.

В нашей клинике есть большой опыт хирургического лечения эхинококкоза и поликистоза печени, т.к. Молдова является эндемичной республикой, уровень заболеваемости по различным районам колеблется от 3,4 до 9,7 на 100 000 населения. Единственным эффективным способом лечения эхинококкоза печени является хирургический. Появление новых современных методов инструментальной диагностики и современной медицинской техники даёт возможность улучшить результаты оперативного лечения у этой группы больных.

Цель. Проанализировать результаты различных видов оперативного лечения эхинококкоза и поликистоза печени, аргументировать возможность внедрения миниинвазивных оперативных вмешательств у этой группы больных.

Материал и методы. Предоперационное обследование базировалось на общеклинических лабораторных методах, полипозиционной ультрасонографии, R-графии, КТ, иммунологических тестах. В период с 2000 по 2010 гг., в стационаре оперировано 162 больных эхинококкозом печени, 37 с поликистозом. Открытая эхинококкэктомия с различными вариантами ликвидации остаточной полости выполнена у 115 больных, перицистэктомия - у 21, миниинвазивные вмешательства выполнены 26 пациентам. В группе больных с непаразитарными кистами лапаротомный доступ использовался у 31 больного, эндоскопическая фенестрация выполнена у 7.

Результаты и обсуждение. У больных с циррозом печени, развившимся на фоне эхинококковой инвазии, с тяжёлой сопутствующей патологией, рецидивными формами заболевания, когда возникала задача минимизировать операционную травму, производили операцию из "малых" операционных доступов. Для топической диагностики использовали полипозиционную ультрасонографию. Выполняли минимальный объём операции с частичной резекцией фиброзной капсулы, обработкой остаточной полости сколицидными агентами и пломбировкой сальником или использованием клеевых композиций. Этот вид операции был выполнен у 17 больных, осложнения возникли в послеоперационном периоде у 2-х пациентов - сформировались наружные жёлчно-гнойные свищи, которые закрылись после консервативного лечения.

В последние годы, как альтернативу традиционной эхинококкэктомии стали производить эндоскопическое удаление кист. Выполняли эндоскопическую эхинококкэктомию только в тех случаях, когда кисты локализовались в доступных для манипуляций в сегментах печени - 4, 5, 6, периферической локализации и небольших размерах кист до 6 см. Эндоскопическая эхинококкэктомия выполнена у 7 пациентов. Перицистэктомия произведена 3 больным с локализацией кист в S4, диаметром до 4 см, эхинококкэктомия с частичной резекцией фиброзной капсулы произведена 4. Для предупреждения диссеминации в этой группе, после введения аппаратуры, производили пункцию кисты, с удалением гидатидной жидкости, в полость вводили гипертонический раствор с экспозицией 15 минут, после его удаления, электроножом производили иссечение выступающей части фиброзной капсулы с удалением последней и хитина. Оставшаяся фиброзная капсула обрабатывалась диатермией. Осложнений в послеопера-

ционном периоде не было. Пациенты этой группы после операции получили курс химиотерапии антипаразитарным препаратом "Эсказол". Двум больным произведено пункционное удаление эхинококка из S6 печени под контролем УЗИ, пункционный способ использовался и для лечения послеоперационных осложнений - поддиафрагмальных абсцессов у 2-х больных и нагноения остаточной фиброзной полости.

У больных с поликистозом печени традиционная фенестрация из лапаротомного доступа произведена у 31 больного, эндоскопическое удаление - у 7 больных. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено.

Выводы. Таким образом, положительные результаты позволяют нам рекомендовать использование эндоскопических миниинвазивных методов хирургического лечения объёмных жидкостных образований печени по индивидуальным показаниям.

Литература:

1. Дадвани, С. А. Малоинвазивные вмешательства и химиотерапия при эхинококкозе / С. А. Дадвани, А. В. Стреляева, В. Н. Гостлицев // *Ann. Chir.* - 2000. - N 4. - P. 38-46.
2. Rosenthal, R. J. Option and strategies for the management of echinococcosis / R. J. Rosenthal, R. L. Rossi, R. F. Martin // *World Journal of Surg.* - 1998. - N 11. - P. 1125-1132.

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ АССОЦИИРОВАННЫ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ДИСПЕПСИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Пиманов С.И., Руселик Е.А.,
Никитина М.Н., Михайлова Н.А.,
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
Витебский областной диагностический центр,
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Опасность осложнений холецистолитиаза после холецистэктомии устраняется, однако нередко через несколько лет или месяцев после оперативного вмешательства пациентов начинают беспокоить диспепсические расстройства. Они проявляются болями в эпигастрии и правом подреберье, чувством горечи во рту, тошнотой и отрыжкой. Нередко отмечается связь таких проявлений с хроническим панкреатитом, однако доказательная диагностика его нередко сомнительная. Основным методом инструментальной диагностики заболеваний поджелудочной железы в нашей клинической практике остается ультразвуковая диагностика [1]. В то же время один из основных эхографических симптомов патологии поджелудочной железы - повышение ее эхогенности - не является специфичным [2, 3]. Наиболее часто этот симптом соответствует не хроническому панкреатиту, а липоматозу (стеатозу) поджелудочной железы, который не имеет существенных клинических

проявлений [2]. Нередко липоматоз поджелудочной железы ассоциирован с жировым гепатозом или стеатогепатитом и является составной частью метаболического синдрома.

Цель. Изучение частоты диспепсического синдрома у больных, подвергнутых холецистэктомии, с учетом наличия или отсутствия у них диффузного повышения эхогенности поджелудочной железы перед оперативным вмешательством.

Материал и методы. Обследовано 34 пациента (33 женщины и 1 мужчина), имевших холецистолитиаз в анамнезе. Всем больным была осуществлена холецистэктомия 1-5 лет назад в связи с холецистолитиазом. Осуществлялся опрос, направленный на выявление следующих жалоб: боли в эпигастрии и/или правом подреберье, чувство горечи во рту, тошнота, рвота, отрыжка, чувство переполнения в животе после приема небольшого объема пищи. По эхографическому признаку повышенной эхогенности поджелудочной железы пациенты были подразделены на две группы. В первой группе пациентов (12 человек) существенные эхографические изменения поджелудочной железы отсутствовали. Возраст больных первой группы был от 23 до 48 лет. Во второй группе все пациенты (22 человека) перед оперативным вмешательством имели при ультразвуковом исследовании диффузное повышение эхогенности поджелудочной железы умеренной или выраженной степени. Возраст обследуемых второй группы был от 36 до 60 лет. При статистической обработке применялся непараметрический критерий согласия 2 Пирсона-Фишера.

Результаты и обсуждение. В первой группе 4 из 12 пациентов имели диспепсические жалобы, во второй - 17 из 22 человек. По критерию χ^2 отличия частоты диспепсического синдрома являлись статистически значимыми ($\chi^2 = 4,62$; $p < 0,05$). Следовательно, если до холецистэктомии пациенты имеют существенное повышение эхогенности поджелудочной железы, можно ожидать, что через несколько лет после оперативного вмешательства их будут беспокоить диспепсические жалобы чаще, чем аналогичных больных с неизменной поджелудочной железой по данным ультразвукового исследования. В то же время обращает на себя внимание отличия сравниваемых групп по возрасту и, вероятно, по длительности заболевания, которые необходимо стратифицировать. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения влияния ряда сопутствующих или ассоциированных факторов на частоту диспепсического синдрома после холецистэктомии.

Выводы. Частота диспепсического синдрома у больных, подвергнутых холецистэктомии, при диффузном повышении эхогенности поджелудочной железы наблюдается чаще, чем при отсутствии таких изменений.

Литература:

1. Биссет, Р. А. Л. Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании: пер. с англ. / Р. А. Л. Биссет, А. Н. Хан. - М.: Мед. лит., 2007. - 465 с.
2. Курс лекций по ультразвуковой диагностике / С. И. Пиманов [и др.]. - Витебск: Изд-во ВГМУ, 2002. - 276 с.
3. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике / В. В. Митьков [и др.]; под ред. В. В. Митькова. - М.: Видар-М, 2003. - 720 с.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Руммо О.О., Щерба А.Е., Минов А.Ф., Слободин Ю.В., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Дзядзько А.М., Болонкин Л.С., Сантоцкий Е.О., Харьков Д.П., Козич П.В., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Зайцев Ю.В., Пискун А.Б., Жук Г.В., Васюкевич М.А.
УЗ "9-я городская клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Инфекционные осложнения после трансплантации печени (ТП) встречаются у 60-80% пациентов и в более чем 50% случаев ассоциированы с летальным исходом [1]. Из всех инфекций 50-60% приходится на бактериальные с превалированием грамм-положительных (преимущественно *Staphylococcus* и *Enterococcus*), 20-40% - на вирусные и 5-15% на грибковые [2]. Спектр и манифестация этих осложнений отражают тот факт, что пациент, ожидающий ТП имеет ослабленное здоровье до ТП, переносит технически сложную операцию и потом нуждается в пожизненной иммуносупрессии. При этом большинство всех инфекционных осложнений развиваются в первые 2 месяца после ТП.

Цель. Изучить структуру, факторы риска и клиническое значение бактериальных осложнений в первые 60 суток после ОТП.

Материал и методы. Были проанализированы результаты 30 ТП с апреля 2008 г. по октябрь 2009 г. Для исследования использовались кровь из периферической и центральной вен, фрагменты центральных венозных (ЦВК), мочевых катетеров, дренажей, отделяемое слизистых оболочек носоглотки, ротоглотки, послеоперационных ран, мокрота, моча. Метод исследования - бактериологический с определением чувствительности к антибиотикам методом стандартных дисков, диффузионным методом и методом серийных разведений.

Результаты и обсуждение. Бактериальные осложнения после ОТП развились у 31% реципиентов (n=9). *Enterococcus spp.* был выделен в 50% случаев (послеоперационная рана, брюшная полость, отделяемое дренажей); *Pseudomonas aeruginosa* - в 30% случаев (послеоперационная рана, ЦВК, моча); *Acinetobacter baumannii* - в 30% случаев (мокрота, дренажи брюшной полости); *Klebsiella pneumoniae ssp. pneumoniae* - в 20% случаев (мокрота, ЦВК).

Анализ факторов способных повлиять на возникновение бактериальных осложнений показал, что интраоперационная гематрансфузия более 2000 мл эритроцитарной массы сопровождалась увеличением риска бактериальных осложнений в 14,8 раза (p=0,005; 95% ДИ 1,9-110); цитомегаловирусная инфекция сопровождалась увеличением риска бактериальных осложнений в 40 раз (p=0,003; 95% ДИ 3,0-527); наличие очагов инфекции до ТП повышало риск бактериальных осложнений после ТП в 8,7 раз (p=0,02; 95% ДИ 1,2-59). Балл MELD (p=0,06); средняя длительность операции (p=0,05); релапаротомии (p>0,05) не оказали влияния на риск развития бактериальных осложнений.

При этом в многофакторном анализе независимое влияние оказали только гематрансфузия (отношение шансов 11,6 к 1; p=0,02; 95% ДИ 1,3-103) и цитомегало-

вирусная инфекция (отношение шансов 20 к 1; p=0,004; 95% ДИ 0,9-429).

Бактериальные осложнения способствовали увеличению риска печеночной дисфункции (гипербилирубинемия >100мкмоль/л более чем 10 сут. спустя ОТП) в 16 раз (p=0,02; 95% ДИ 1,2-197); почечной недостаточности (нуждаемость в ПЗТ) в 19,6 раз (p=0,004; 95% ДИ 2,3-156); дыхательной недостаточности (нуждаемость в ИВЛ) в 11,8 раз (p=0,01; 95% ДИ 1,4-94); летального исхода в 16 раз (p=0,02; 95% ДИ 1,2-202); способствовали увеличению срока нахождения в отделении реанимации до 41,1±11,2(12-115)сут. по сравнению с группой пациентов без бактериальных осложнений, 14,9±2,2(7-43) сут. (p=0,03); и не оказали влияния на риск развития сердечно-сосудистой недостаточности (нуждаемость в инотропной поддержке; p>0,05).

При этом в многофакторном регрессионном анализе бактериальные осложнения оказали независимое влияние только на риск развития почечной недостаточности (отношение шансов 12 к 1; p=0,03; 95% доверительный интервал 1,0-144).

Выводы.

1. В многофакторном анализе только интраоперационная гематрансфузия более 2000 мл эритроцитарной массы и цитомегаловирусная инфекция сопровождалась увеличением риска бактериальных осложнений в 1 и 20 раз соответственно.

2. Бактериальные осложнения оказали независимое влияние только на риск развития почечной недостаточности (отношение шансов 9,5 к 1) и способствовали увеличению риска летального исхода (22,2%) в 16 раз.

Литература:

1. Winston, D. J. *Infection in liver transplant recipients* / D. J. Winston, C. Emmanouilides, R. W. Bussutil // *Clinical Infectious Diseases*. - 1995. - Vol. 21. - P. 2077-2091.
2. Fishman, J. A. *Infection in organ-transplant recipients* / J. A. Fishman, R. H. Rubin // *New England Journal of Medicine*. - 1998. - Vol. 338. - P. 1741-1751.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Рыхтик П.К., Рябова Е.Н., Шкалова Л.В., Загайнов В.Е.
ФГУ "ПОМЦ ФМБА РОССИИ", ГОУ ВПО
"Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава",
г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Цель работы. Изучение возможности неинвазивной оценки степени воспалительно-некротического и фиброзирующего процесса в печени и риска развития печеночно-клеточной недостаточности у пациентов с ЦП после операции ПСШ на основании УЗИ органов брюш-

ной полости и биохимических показателей крови.

Материалы и методы. С целью прогнозирования возникновения печеночно-клеточной недостаточности в послеоперационном периоде разработан индекс объёма функционирующей паренхимы печени (ИОФПП). ИОФПП позволяет неинвазивно, на основании определяемого при УЗИ брюшной полости объёма печени и величины общего белка сыворотки крови судить о количестве функционально активной паренхимы печени (решение о выдаче патента № 2008137048/14(047554) от 21.01.10.). $ИОФПП = (\pi \times Dп^3/6 + Dл^3/6)/ОБ$, где: Dп - диаметр "условной" сферы правой доли печени, Dл - диаметр "условной" сферы левой доли печени, ОБ - общий белок сыворотки крови (г/л). D определяется как сумма "длины", "высоты" и "толщины" каждой из долей печени, разделённая на три. Обследованы 27 человек с ЦП, которым было выполнена операция ПСШ, и контрольная группа (10 человек) практически здоровых. Комплексное ультразвуковое исследование проводилось на сканере экспертного класса "Voluson 730 Pro" производства GE, оснащённого электронными мультислотными конвексными датчиками. УЗИ включало серошкальное сканирование органов брюшной полости с использованием режима второй гармоники. Размеры долей печени определялись по стандартной методике. Проводилось гистологическое исследование биоптатов печени (5 человек), при котором изучалось количество некротизированных клеток (КНК, %) и здоровых клеток в 10 полях зрения, которое сопоставлялось с ИОФПП.

Результаты и обсуждение. ИОФПП в группе здоровых составил $11,204 \pm 3,73$ (см³/г л). У пациентов с ЦП ИОФПП был значительно выше, чем в группе здоровых, и в среднем составил $21,55 \pm 7,65$ (см³/г л). Среди пациентов с ЦП у 22 ИОФПП был менее 30 см³/г л и послеоперационный период протекал гладко. В 5 случаях ИОФПП был более 30 см³/г л, эти пациенты погибли в раннем послеоперационном периоде вследствие развития печёночной недостаточности. После операции ПСШ показатель ИОФПП оставался на прежнем уровне - $21,66 \pm 8,14$ (см³/г л). Из оперированных пациентов 5-ти проведено сопоставление ИОФПП и количества некротизированных гепатоцитов в биоптатах печени, взятых во время операции. Пациент №1: ИОФПП=26,8, КНК 30%; №2: ИОФПП=8,9, КНК 9%; №3: ИОФПП=22,4, КНК 29,3%; №4: ИОФПП=20,7, КНК 32,6%; №5: ИОФПП=24,9, КНК 36%. Сравнимые показатели КНК и ИОФПП изменяются однонаправлено, что дает возможность использовать неинвазивный метод - УЗИ органов брюшной полости - в качестве прогностического критерия вероятности развития печёночно-клеточной недостаточности у пациентов с ЦП после операции ПСШ.

Выводы. ИОФПП может быть использован для прогнозирования развития печёночно-клеточной недостаточности и определения показаний для ПСШ у больных с ЦП.

ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Сорокин. Д.К., Пискун А.Б., Торбунов А.С., Рудков Ю.В.
УЗ "Могилёвская больница №1",
г. Могилёв, Республика Беларусь

Актуальность. Применение традиционных лечебно-диагностических подходов при хирургической патологии желчевыводящих путей (ЖВП) у пациентов старшей возрастной группы с тяжёлой сопутствующей патологией сопряжено с высоким процентом неудач. А проведение топической диагностики, "спасительной" декомпрессии ЖВП на высоте желтухи опухолевой природы - зачастую и вовсе невозможно. Это диктует необходимость широкого внедрения миниинвазивных технологий для решения указанных проблем.

Цель. Определение эффективности интервенционного УЗИ в диагностике и лечение болезней ЖВП.

Материал и методы. В период с 2005 по 2009 годы выполнено 96 миниинвазивных вмешательств на ЖВП с УЗИ-наведением. Использовался УЗ аппарат Medison Sonoace 8000. Позиционирование - только методом "свободной руки". Анестезия - местная послойная инфильтрационная под УЗ-контролем с созданием искусственного акустического окна по оригинальной методике авторов. Пункция и дренирование ЖВП осуществлялось по двухэтапной методике Ившина с применением прямых и изогнутых дренажей СН-9 (ООО "МИТ"), в том числе с боковым фиксатором (10 наблюдений). 3 пациента оперированы по методу "one step" (Cook). Последующая фистулохолангиография, микроскопическое и цитологическое обследование, определение уровня онкомаркеров, профилактика синдрома ишемии-реперфузии - рутинные процедуры.

Результаты и обсуждение. При механической желтухе чрескожное чреспечёночное дренирование внутрипеченочных желчных протоков (ЧЧДВЖП) выполнено в 27 случаях, дренирование холедоха - 1, микрохолецистостомия (МХС) - 10, диагностическая пункция левого долевого протока - 1. Итого 39 операций. Центральная холангиокарцинома выявлена у 17 больных, дистальная холангиокарцинома - 8, рак головки поджелудочной железы - 9, стеноз гепатикоюноанастомоза - 1, холедохолитиаз - 4 (оперированы в отделении после разрешения желтухи).

При остром холецистите проведено 54 миниинвазивных операции (из них 3 повторных): МХС - 49, МХС+дренирование перивезикального абсцесса - 5. Диагностическая пункция желчного пузыря - 3.

После купирования острого холецистита 23 больным (42,5%) выполнены следующие вмешательства: ЛХЭ - 5, традиционная ХЭ - 7, склерозирование желчного пузыря - 11. Летальных исходов не было.

Осложнения:

1. Выпадение дренажа на 5-е сутки после ЧЧДВЖП (холедохолитиаз, МЖ) с желчеистечением в брюшную полость - срочная лапаротомия, холедохолитотомия, ХДА по Юрашу, выздоровление.

2. Выпадение дренажа из желчного пузыря после МХС (острый холецистит) с формированием поддиафрагмального желчного затека - пункция затека под УЗ-контролем, выздоровление. Итого 2 случая (2,08%).

Неудачи: дислокация дренажа после ЧЧДВЖП с утратой функции - 2 наблюдения.

Следует отметить, что указанные осложнения и неудачи имели место на этапе освоения методики и при использовании дренажей без фиксаторов.

Выводы. Интервенционное УЗИ обладает высокой диагностической и лечебной ценностью, удачно дополняет возможности традиционной и видеоэндоскопической хирургии. Характеризуется низкой инвазивностью, что позволяет применить метод у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. Метод заслуживает широкого внедрения в отделениях, занимающихся гепатобилиарной хирургией.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

*Становенко В.В., Харкевич Н.Г., Васильев О.М., Туравинов А.П., Комушенко А.В.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. Большое распространение малоинвазивных методов лечения ЖКБ, применение их у больных с инфильтративными изменениями в области гепато-дуоденальной связки и шейки желчного пузыря, привело к росту интраоперационных осложнений, связанных с ятрогенным повреждением внепеченочных желчных протоков и сосудистых образований. Частота травм желчных протоков при традиционной холецистэктомии составляет 0,1-0,8 % [1]. Лапароскопическая холецистэктомия в период освоения метода и накопления опыта принесла новую волну повреждений желчных протоков, количество которых составило от 0,3% до 3%.

Цель. Выявить причины и выбрать оптимальную тактику хирургического лечения повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП).

Материал и методы. Проведен анализ более 4000 операций по поводу ЖКБ, выполненных в период 1994 по 2010 г. Повреждения внепеченочных желчных протоков было у 34 пациентов: из них во время открытой холецистэктомии - у 9 (26,5%), в ходе лапароскопической холецистэктомии - у 25 (73,5%). У 6 (17,6%) пациентов повреждения обнаружены во время операции, у 28 (82,4%) - выявлены вследствие осложнений, развившихся в раннем послеоперационном периоде. В большинстве случаев основными причинами, приведших к повреждению внепеченочных желчных протоков (ВЖП) при лапароскопической холецистэктомии, являются инфильтрат в области шейки желчного пузыря, гепатодуоденальной связки, возникшее неконтролируемое кровотечение из пузырной артерии. Чаще всего

повреждения ВЖП допускались опытными хирургами, имевшими большой опыт в лапароскопической хирургии, которые расширяли показания при остром калькулезном холецистите, неадекватно оценивая клинические данные (длительность приступа болей в правом подреберье, использование анальгетиков и спазмолитиков до госпитализации в стационар), предполагавшие выраженные воспалительно-инфильтративные изменения в зоне операции. В одном случае у больного, имевшего в анамнезе аортокоронарное шунтирование и постоянно принимающего антикоагулянты, во время лапароскопической холецистэктомии развилось кровотечение из пузырной артерии после наложения клипсы. Остановку кровотечения проводили в "слепую" путем наложения дополнительных клипс. Повреждение холедоха установлено на 2 сутки.

Результаты и обсуждение. У 6 пациентов повреждения ВЖП выявлены во время операции, если дефект не превышал по протяженности 1 см, выполнялась пластика протока на Т-дренаже. В случае иссечения стенки протока на протяжении более 1 см или при диагностике повреждения в раннем послеоперационном периоде восстановление пассажа желчи осуществлялось посредством наложения гепатикоюноанастомоза по Ру на транспеченочном дренаже. В течение последних 2 лет восстановление повреждения ВЖП производилось путем гепатикоэнтеростомии на выключенной по Ру кишке без использования транспеченочного дренажа. В одном случае при повреждении гепатикохоледоха одновременно была повреждена правая печеночная артерия, проходимость которой восстановлена наложением сосудистого шва.

После операций умерло 3 (8,8%) пациента. В отдаленном периоде (более 3-4 лет) у 4 (21,9%) больных развился стеноз гепатикоюноанастомоза, приведший к холангиту и билиарному циррозу, что потребовало оперативного лечения - реконструкция гепатикоюноанастомоза на сменном транспеченочном дренаже по Э.И. Гальперину. Дренирование гепатикоюноанастомоза после реконструктивно-восстановительных операций сохранялось от 12 месяцев до 24 месяцев.

Выводы. Профилактика повреждений заключается в правильном выборе показаний к тому или иному методу операций, знании анатомических особенностей желчевыводящей системы, своевременном изменении плана операции при возникающих трудностях во время лапароскопической холецистэктомии (конверсия). Результаты лечения зависят от сроков обнаружения повреждения, качества наложения прецизионных швов и длительности наружного дренирования.

Литература:

1. Гальперин, Э. И. Что должен делать хирург при повреждении желчных протоков? 50 лекций по хирургии / Э. И. Гальперин; под ред. В. С. Савельева. - М.: Изд-во "Медиа Медика", 2003. - 408 с.

АНТИОКСИДАНТНАЯ ЭНЕРГОКОРРЕКЦИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Ступин В.А., Гахраманов Т.В., Хоконов М.А.,
Болевич С.Б., Литвицкий П.Ф., Силина Е.В.,
Меньшова Н.И., Богданова Л.С.
РГМУ, ММА им. И.М.Сеченова, 3 ГКБ № 15
им. О.М.Филатова,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность исследования обусловлена прогрессирующим ростом заболеваемости и летальности больных механической желтухой, а также необходимостью поиска новых методов рациональной лабораторно подтвержденной коррекции [1].

Цель. Изучение активности свободнорадикальных процессов у больных механической желтухой для разработки алгоритма антиоксидантной и энергокоррекции.

Материал и методы. Проведено рандомизированное сравнительное исследование 61 больного (средний возраст $68,3 \pm 12,3$ лет), с патологией панкреато-билиарной зоны, осложненной механической желтухой. Больные были рандомизированы на две группы: I группу (основную) составили 22 больных (средний возраст $70,4 \pm 11,1$ лет), получавших в составе базисной терапии энергокорректор и антиоксидант на основе янтарной кислоты реамберин с первого дня после разрешения холестаза по схеме: 400 мл в/в-капельно 1 р/сут в течение 7 дней; II группу (группу сравнения) составили 39 больных (средний возраст $67,1 \pm 12,9$ лет), получавших терапию, соответствующей стандартам оказания медицинской помощи. Хирургическое лечение больных осуществлялось по двухмоментной тактике. На 1-3 сутки госпитализации пациентам выполнялась малоинвазивная декомпрессия желчевыводящих путей. Базисная комплексная терапия включала инфузионную, детоксикационную, антибактериальную терапию с последующим радикальным или паллиативным оперативным вмешательством при наличии показаний. При включении в исследование пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, этиологии, а также тяжести, длительности и выраженности клинической симптоматики.

Оценка состояния пациента проводилась в динамике (при поступлении, на 3, 7, 14 сутки после разрешения холестаза) на основании:

- 1) Анамнеза, жалоб, клинического состояния;
- 2) Оценки тяжести состояния (по шкале SOFA);
- 3) Исследования свободнорадикальных процессов (СРП) в плазме крови по показателям генерации активных форм кислорода лейкоцитами (ГАФКЛ) - базальные (ПИХЛб) и стимулированные зимозаном (ПИХЛс), антиперекисной активности вторичной плазмы (АПА), малонового диальдегида (МДА);
- 4) Общего и биохимического анализа крови;
- 5) УЗИ гепатопанкреато-билиарной зоны.

Результаты и обсуждение. Выявлено позитивное влияние терапии реамберином в составе комплексного стандартного лечения больных механической желтухой

на показатели СРП, что коррелировало с клинической симптоматикой и исходом заболевания. Динамика ПИХЛб, ПИХЛс, Инд/Сп ХЛ имела отчетливый регрессирующий характер, значимо отличимый от группы сравнения на 7-14 сут. Наиболее наглядно позитивное влияние терапии реамберином прослежено при анализе динамики МДА, который у больных I группы регрессировал с $18,6 \pm 9,0$ мкМ/л на 1 сут до $8,7 \pm 5,4$ мкМ/л на 3 сут ($p < 0,05$), в то время как в группе сравнения снижение МДА было маловыраженным. К концу второй недели МДА снизился до $5,7 \pm 3,2$ мкМ/л в группе реамберина и до $7,7 \pm 3,7$ в группе сравнения ($p < 0,05$). Наиболее позитивная и опережающая группу сравнения динамика отслежена в подгруппах больных, терапия реамберинотерапия которых начата в ранние сроки, до 3 суток от дебюта желтухи, а также при среднетяжелом состоянии, что объективизирует необходимость максимально раннего начала антиоксидантной терапии, наиболее активной при тяжелом течении заболевания. Клинически включение реамберина в комплексную терапию способствовало сокращению сроков пребывания в реанимационном отделении в 2,6 раз ($p < 0,05$) и позитивно отразилось на исход заболевания. При проведении стандартной терапии 13 пациентов (33,3%) выписаны с полным выздоровлением, 20 (51,3%) выписаны с улучшением и 6 случаев (15,4%) закончились летальным исходом. В основной группе 8 пациентов (36,4%) выписаны с полным выздоровлением, 14 (63,6%) выписаны с улучшением, летальных исходов не было ($\chi^2 = 3,6$; $p = 0,15$).

Выводы. Выявленные изменения СРП у больных с механической желтухой объективизируют необходимость ранней антиоксидантной энергокоррекции. Применение реамберина в дозе 400 мл/сут с первых суток в комплексной терапии больных механической желтухой различной этиологии и степени тяжести способствовало позитивной регрессирующей динамике СРП, что коррелировало с клинической симптоматикой и исходом заболевания.

Литература:

1. Давыдов, В. Г., Оценка морфо-функционального состояния печени в выборе тактики лечения больных с механической желтухой. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук.-2007

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕНСИВНОСТИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ С УРОВНЕМ СЫВОРОТОЧНОГО БИЛИРУБИНА У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Ступин В.А., Гахраманов Т.В., Хоконов М.А.,
Болевич С.Б., Литвицкий П.Ф., Силина Е.В.,
Меньшова Н.И., Богданова Л.С.
РГМУ, ММА им. И.М.Сеченова, 3 ГКБ № 15 им.
О.М.Филатова,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Клиницистам хорошо известно токсическое действие высоких концентраций билирубина крови. Она появляется поражением центральной нервной системы, возникновением очагов некроза в паренхиматозных органах, подавлением клеточного иммунного ответа, развитием анемии вследствие гемолиза эритроцитов. Механизм токсического действия билирубина недостаточно изучен. Так как данные о влиянии билирубина на процессы свободнорадикального окисления противоречивы, патогенетическая роль которого не вызывает сомнения при многих заболеваниях, включая поражения печени [1].

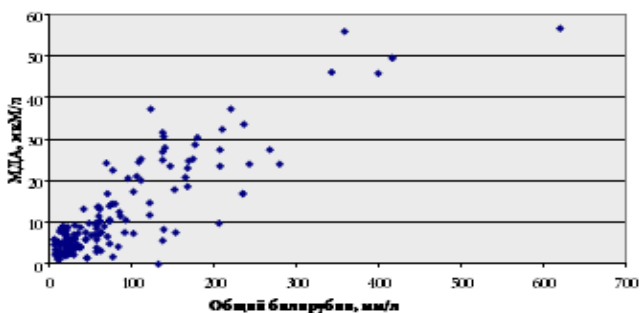
Цель. Изучение состояния свободнорадикальных процессов (СРП) при механической желтухе и взаимосвязь интенсивности СРП с уровнем сывроточного билирубина.

Матери и методы. Проанализированы показатели 68 больных в возрасте от 27 до 90 лет (средний возраст составил $68,3 \pm 12,1$ лет), с патологией панкреатобилиарной зоны, осложненной механической желтухой. Причинами развития механической желтухи у исследуемых пациентов явились заболевания опухолевого и неопухолевого генеза.

Свободнорадикальные процессы (СРП) исследовались по показателям генерации активных форм кислорода лейкоцитами (ГАФКЛ) - базальные (ПИХЛб) и стимулированные зимозаном (ПИХЛс), антиперекисной активности вторичной плазмы (АПА), малонового диальдегида (МДА). Тяжесть состояния организма оценивали по комплексу биохимических и клинических тестов.

Результаты и обсуждение. При исследовании СРП у больных механической желтухой различного генеза отмечалось повышение активности свободных радикалов и снижение антиоксидантной активности организма по сравнению с нормой. Так как на 1 сутки госпитализации

Зависимость концентрации МДА (нММ/л) от уровня сывроточного билирубина у больных с механической желтухой



ПИХЛс в среднем был в 8,7 раз выше ($p < 0,05$), АПА - в 2,3 раза ниже ($p < 0,05$), а МДА - в 6,5 раз выше ($p < 0,05$), чем одноименные показатели здоровых людей которые свидетельствуют об активизации свободнорадикальных процессов у данной группы больных. Уровень общего билирубина при поступлении в стационар был равен в среднем $135,47 \pm 66,7$, из них $93,68 \pm 52,77$ связанных, $41,8 \pm 29,5$ не связанных.

Сопоставленная соотношение показателей свободно-радикальных процессов и уровня общего билирубина и непрямого билирубина в крови у больных с механической желтухой, есть основания полагать, что увеличение уровня общего билирубина сопровождался ростом вторичных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) - МДА, и интенсификация СРП сопровождалась усугублением печеночной недостаточности. Математическая проверка полученных результатов показала высокую степень их достоверности: Коэффициент корреляции между уровнями МДА и общего билирубина сывротки крови R1 был равен 0,85, а между уровнями МДА и непрямого билирубина сывротки крови R2 был равен 0,76.

Выводы. Получена положительная прямая корреляция содержания МДА с содержанием общего билирубина сывротки крови и непрямого билирубина сывротки крови. Эти данные свидетельствуют о наличии связи между интенсивностью процессов свободнорадикальных процессов и степенью тяжести патологического процесса в гепатобилиарной системе, а также между содержанием вторичного продукта ПОЛ в плазме и уровнем общего билирубина сывротки.

Литература:

1. Free Radic. Biol. Med. // F. Biasi [et al.]. - 1995. - Vol. 19, N 3. - P. 11-317.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Ступин В.А., Хоконов М.А., Гахраманов Т.В.,
Болевич С.Б., Литвицкий П.Ф., Силина Е.В.,
Меньшова Н.И., Богданова Л.С.
РГМУ, ММА им. И.М.Сеченова, 3 ГКБ № 15 им.
О.М.Филатова,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. В последние годы отмечается прогрессирующий рост числа больных механической желтухой, проблема лечения которых обусловлена широким спектром послеоперационных осложнений, из которых наиболее грозным является прогрессирующая печеночная недостаточность. Возникновение последней сопряжено со структурно-функциональной дезорганизацией клеточных и субклеточных мембран гепатоцитов. Важная роль в этом процессе отводится свободнорадикальным процессам с усилением перекисного окисления мембранных липидов с последующей активацией

лизосомального ферментного комплекса на фоне абсолютной или относительной недостаточности эндогенных антиоксидантов [1, 2, 3].

Цель. Выявить и изучить роль свободнорадикальных процессов у больных механической желтухой, а также выработать метод раннего прогнозирования исходов заболевания.

Материал и методы. Проведено сравнительное проспективное исследование 61 больного в возрасте от 27 до 90 лет (средний возраст 68,3±12,3 лет) с различной патологией панкреатобилиарной зоны, осложненной механической желтухой, поступавших в хирургические и реанимационные отделения ГКБ № 15 им. О.М. Филатова. Хирургическое лечение больных осуществлялось по принятой в клинике двухмоментной тактике. Параллельно проводилась комплексная консервативная терапия, соответствующая стандартам оказания медицинской помощи данной категории больных.

Для исследования свободнорадикальных процессов (СРП) в крови определялись хемилюминесцентные (ХЛ) показатели генерации активных форм кислорода лейкоцитами крови (ГАФКЛ): базальный (ПИХЛб) и стимулированный зимозаном (ПИХЛс) показатели интенсивности хемилюминесценции лейкоцитов; исследовалась антиперекисная активность вторичной плазмы (АПА) - обратно пропорциональная величина отношения показателей индуцированной перекисью водорода ХЛ и ее спонтанной ХЛ; определялся вторичный продукт свободнорадикального перекисного окисления липидов (СПОЛ) - малоновый диальдегид (МДА) в сравнении с теми же параметрами плазмы 20 здоровых добровольцев.

Результаты и обсуждение. При исследовании СРП выявлена значимость окислительного стресса у больных с механической желтухой различной этиологии. На 1 сутки госпитализации ПИХЛс в среднем был в 8,9 раз выше ($p<0,05$), АПА - в 2,1 раза ниже ($p<0,05$), а МДА - в 6,1 раз выше ($p<0,05$), чем одноименные показатели здоровых доноров. Зарегистрированы достоверные различия маркеров оксидантного стресса при различных исходах заболевания. При неблагоприятном течении заболевания и летальном исходе фоновые значения ПИХЛб были в 2,3 ниже, чем у доноров ($p<0,05$) и в 2,2 раза ниже, чем у выписанных больных ($p<0,05$). ПИХЛс зимозаном имел противоположную направленность, превышал одноименный показатель доноров в 11,8 раз ($p<0,05$) и в 1,4 раза был выше, чем у выписанных пациентов ($p<0,05$). Показатели Инд/Сп ХЛ и МДА также были выше при летальном исходе. Выявлена значимая разница по ПИХЛб, ПИХЛс и МДА в зависимости от тяжести состояния, оцененное по шкале SOFA, в сторону наибольшей их выраженности при тяжелом состоянии ($p<0,05$).

Выводы. На основании многофакторного анализа СРП выявленная значимость оксидантного стресса у больных с механической желтухой, в наибольшей степени выраженного при тяжелом состоянии, что объективизирует необходимость ранней антиоксидантной терапии в данной категории пациентов. Показатели ПИХЛб, ПИХЛс, МДА и АПА могут быть использованы в качестве вспомогательных диагностических тестов для оценки степени тяжести и прогноза механической желтухи.

Литература:

1. Grintzalis, K. Time-related alterations of superoxide radical levels in diverse organs of bile duct-ligated rats / K. Grintzalis // *Free Radic Res.* - 2009. - Vol. 43, N 9. - P. 803-808.
2. Karadeniz, G. Oxidized low-density-lipoprotein accumulation is associated with liver fibrosis in experimental cholestasis / G. Karadeniz // *Clinics.* - Vol. 63, N 4. - P. 2008.
3. Tsai, L. Y. Evidence for accelerate generation of hydroxyl radicals in experimental obstructive jaundice of rats // *Ann. Clin. Lab. Sci.* - 2001. - Vol. 31, N 4. - P. 383-390.

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

*Тесфайе В.А., Усович А.К., Сачек М.Г.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. Частота острого холецистита у людей пожилого и старческого возраста достигает 60 %. Особенностью течения и последствий острого холецистита у этих категорий лиц является высокая частота осложнений, которые наблюдаются в 55 - 100% случаях, что, в свою очередь, приводит к высоким показателями летальности. В структуре осложнений холецистита 15-20% составляют осложнения со стороны легких, в большей степени правого (острая дыхательная недостаточность и ателектаз, нижнедолевая пневмония, др.) [1, 2].

Цель. Снизить частоту послеоперационных бронхо-легочных осложнений у больных ЖКБ с острым холециститом старше 60 лет.

Материал и методы. Нами обследовано 40 пациентов хирургического отделения Витебской областной клинической больницы, госпитализированных по поводу острого холецистита. Возраст обследованных 60-89 лет. У всех больных пожилого и старческого возраста при госпитализации выявлены сопутствующие хронические заболевания сердечно-сосудистой (ишемическая болезнь сердца, нарушение ритма сердца, кардиосклероз, гипертоническая болезнь) или дыхательной систем (хронический бронхит, хроническая пневмония, эмфизема легких), хронических заболеваний почек, или сахарный диабет. Все больные были разделены на 2 группы по 20 человек в каждой. Они получали традиционное лечение, включающее покой, местную гипотермию, спазмолитики, инфузионную терапию бронхолитиков, антибиотики широкого спектра действия. Этим и ограничивался перечень мероприятий для больных 1-й группы. Больным 2-й группы вышеперечисленный комплекс дополнен применением кислородной терапии в виде ингаляций кислорода через носоглоточный катетер и кислородного коктейля в течение 3-5 дней до и после операции. У всех обследованных пациентов проведены сравнительные исследования клинко-лабораторных и биохимических показателей в до- и послеоперационном

Таблица. Применение кислородной терапии и частота послеоперационных легочных осложнений у больных старше 60 лет

№ гр	кол-во больных	Возраст	Проведена кислородная терапия	Развилось легочное осложнение	
				Абс.	%
1	20	61-89	-	5	25
2	20	61-89	+	2	10

периодах, до и после применения кислородной терапии. Всем больным была выполнена холецистэктомия традиционным открытым методом.

Результаты и обсуждение. Наши клинические исследования показали, что включение в комплекс мероприятий периоперационного периода кислородной терапии больным второй группы приводило к нормализации некоторых лабораторных показателей и улучшению общего состояния пациентов. Сравнение полученных нами данных показало, что бронхо-легочные осложнения у больных пожилого и старческого возраста встречаются без применения кислородной терапии в 2,5 раза чаще, чем у больных, получавших кислородную терапию (табл.).

Выводы. Применение кислородной терапии дополнительно к традиционной схеме ведения периоперационного периода позволило нам снизить частоту послеоперационных бронхо-легочных осложнений у больных пожилого и старческого возраста в 2,5 раза.

Поэтому мы считаем необходимым обязательное включение кислородной терапии в комплекс периоперационных мероприятий больным острым холециститом пожилого и старческого возраста, начиная с предоперационного периода.

Литература:

1. *Некоторые аспекты развития пневмонии на фоне хронической обструктивной болезни легких в пожилом возрасте / И. А. Зарембо [и др.] // Пульмонология. - 2004. - № 3. - С. 22-24.*
2. *Accuracy of the Preoperative Assessment in Predicting Pulmonary Risk after Nonthoracic Surgery / F. A. McAlister [et al.] // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. - 2003. - Vol. 167. - P. 741-744.*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.В.
 Университет Медицины и Фармации
 "Н.Тестемицану"
 г. Кишинёв, Республика Молдова

Диагностика и лечение доброкачественных стриктур желчных протоков (ДСЖП) является одним из сложнейших глав хирургии гепатобилиарной системы. Как правило, длительные страдания, повторные операции, желтуха, вторичный гепатобилиарный цирроз печени,

гнояный холангит и билиарный сепсис, являются основными определяющими характеристиками данной патологии. Несмотря на наметившееся за последнее десятилетие положительный сдвиг в диагностики и лечение ДСЖП, многие вопросы остаются нерешенными.

Цель. Изучение особенностей клинических проявлений, диагностики и лечения ДСЖП.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в Хирургической Клиники №1 Кафедры Хирургии №2, в период с 1980 по 2009 годы было пролечено 207 больных с ДСЖП. Большинство пациентов (198(96%)) первично были оперированы в других клиниках. Из них 139 (67,15%) составляли женщины, 68 (32,85%) мужчины. Возраст пациентов колебался от 20 до 77 лет, в среднем составил 51,07 1,53 лет.

Диагноз ДСЖП, характер и локализация стриктуры устанавливали с помощью ультразвукового исследования и методов прямого контрастирования желчных протоков: фистулография, эндоскопическая ретроградная панкреохоангиография (РПХГ), чрескожная чреспечёночная холангиография (ЧЧХГ), а также их комбинированное применение. В 134 (64,7%) случаях окончательный диагноз был поставлен при РПХГ, в 12 (5,8%) при выполнении ЧЧХГ, и в 40(19,32%) при выполнении фистулографии. Следует отметить, что у 21(10,14%) больного перечисленные методы исследования оказались неинформативны. В этих случаях диагностическая задача была разрешена при проведении ядерно-магнитного резонанса в режиме холангиографии (ЯМХГ). Имея большое преимущество в виде полной неинвазивности, отсутствие необходимости применения контрастного вещества, ЯМХГ позволила определить во всех этих наблюдениях уровень и причину обструкции ОЖП.

Анализ полученного диагноза позволил сделать следующее распределение стриктур по Bismuth: I типа- 57 (27,54%); II типа-79 (38,16%); III типа- 59 (28,5%); IV типа-12 (5,8%)случаев.

Проводили комплексное предоперационное лечение с обязательной миниинвазивной декомпрессией желчного дерева, что позволило купировать желтуху и признаки холангита в течение 7,7±0,3 дней. Этап хирургической реконструкции выполнялся в условиях стабилизации функции печени и основных жизненно важных органов и систем. Объём, вид оперативного вмешательства зависел от уровня, протяженности и степени поражения ОЖП. До 90-х годов мы, как правило, для стриктур II-V типа проводили гепатикоеюностомию по Брауну (40(19,32%) случаев), а для стриктур I типа холедоходуоденостомию (14(6,67%) случаев). После 90-х годов в клинике внедрено выполнение анастомоза с выключенной кишкой по Roux длиной в 80-100 см с обязательным дренированием соустья. Отношение в клинике к дренированию желчноюанального соустья для стриктур I-II типа претерпело эволюцию в сторону отказа от последнего. Показанием к дренированию, по нашему заключению, стали размеры желчного хода меньше 15 мм, наличие персистирующего холангита, цирроз печени, выраженных местных гнойно-инфильтративных изменений, а также технические трудности при наложения анастомоза. Предпочтение отдавали методу дренирования по Voelker. Так в 60 (29%) случаях удалось выполнить гепатикоеюностомия по Roux без дренирования

анастомоза, тогда как у 54 (26,09%) пациентов были абсолютные показания к дренированию анастомоза, что и сделали по методу Voelker. Отказ от дренирования позволил значительно сократить время госпитализации и ускорить социальную реабилитацию этих больных. Для стриктур III-V типа использовали обязательное раздельное дренирование правого и левого печеночного протока по Voelker, что и было успешно выполнено в 39 (18,84%) наблюдениях. Летальный исход наблюдали в 5 (2,42%) случаях. Причиной смерти было тромбэмболия легочной артерии - 1 больной и 4 случая острой печеночной недостаточности.

Выводы. Единственным, радикальным методом лечения доброкачественных стриктур является билиодигестивный анастомоз с выключенной по Roux петлей тощей кишки. Показанием к дренированию анастомоза: размер желчного хода меньше 15 мм, наличие холангита, выраженных местных гнойно инфильтративных изменений и также технические трудности при наложения анастомоза.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ

Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Стычневский Г.А., Жулев С.А., Голубева А.С., Лисовец О.Н. УО "Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский университет", г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Одним из наиболее тяжелых осложнений желчнокаменной болезни является синдром Мириizzi (СМ). СМ определяется как частичное сужение гепатохоледоха за счет сдавления протока воспалительным процессом и желчным камнем, расположенным в шейке желчного пузыря или пузырном протоке с последующим формированием пузырно-холедхиального свища (билио-билиарный свищ).

Наибольшее распространение получила классификация Csendes et al. (1989). Они выделяют четыре типа течения СМ: 1 тип - стриктура общего печеночного или желчного протока конкрементом, вколоченным в пузырный проток или шейку желчного пузыря; 2 тип - свищ между шейкой желчного пузыря и желчным протоком, охватывающий менее 1/3 окружности гепатихоледоха; 3 тип - размер билио-билиарного свища включает до 2/3 окружности протока; 4 тип - полное разрушение гепатихоледоха. В.С.Савельев и соавт. [1] выделяют 2 типа СМ (без свища и со свищем).

Возможности ультразвуковой диагностики расцениваются неоднозначно. Если одни авторы отрицают возможность ультразвуковой диагностики, то другие основываются в диагностике на этот метод.

Цель. Проанализировать диагностические возможности и оптимальные способы хирургической коррекции осложнения.

Материал и метод. В 2008-09 гг. в клинике факультетской хирургии по поводу желчнокаменной болезни при различных её проявлениях оперировано 673

пациентов. Синдром Мириizzi был выявлен у 28 (4,1%) больных. 1 тип синдрома Мириizzi диагностирован у 16, 2 и 3 типы - у 12 пациентов.

Результаты и обсуждение. 1 тип СМ выявлен у 16 пациентов. Из них 12 оперированы по поводу хронического, а четверо по поводу острого холецистита. При УЗИ у 11 пациентов выявлены крупные конкременты в шейке пузыря или пузырном протоке, признаки желчной гипертензии. Вколоченный камень в шейку пузыря или пузырном протоке при сдавлении гепатихоледоха рассматривается как 1 тип.

Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 12 пациентов, а у 4 - в связи с наличием абортивной желтухи выполнялась традиционная холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду.

Билио-билиарный свищ выявлен на операции у 12 пациентов, причем 2 тип синдрома Мириizzi отмечен у 7, а 3-й тип - у 5.

Убедительных специфических данных, свидетельствующих о наличии СМ, при УЗИ выявлено не было.

Повышение уровня билирубина отмечено у 6 пациентов, а у 10 отмечено значительное повышение активности аминотрансфераз крови (АлАТ и АсАТ), щелочной фосфатазы крови.

Трем больным произведена попытка лапароскопической холецистэктомии, однако в связи с выраженными рубцовыми и воспалительными изменениями произведена конверсия. При открытой лапаротомии выявлено расширение пузырного протока более 5 мм у двух пациентов, у 10 выявлен пузырно-холедохеальный свищ. Одновременно холедохолитиаз выявлен у 10 пациентов, их них у 9 выявлен стеноз большого дуоденального сосочка (БДС).

Выделение желчного пузыря проводили антеградно, т.к. при наличии свища во время операции возможно пересечь общий печеночный проток, приняв его за пузырный. Осложнений во время операции при выделении желчного пузыря не было. При наличии стеноза БДС выполнялась трансдуоденальная папиллотомия.

Ушивание свища с дренированием холедоха произведено у 4 пациентов, а у 8 производилась пластика дефекта стенки гепатихоледоха сохраненной стенкой зоны шейки желчного пузыря с последующим дренированием.

Дренирование гепатихоледоха чаще проводили не в зоне свища, а через разрез в супрадуоденальной части холедоха дистальнее свища. Дренирование по Керу выполнено у 6 пациентов, по методу Вишневого у 3, по Холстеду у 3.

Летальных исходов не было. Осложнения отмечены у двух пациентов: эвентрация (1), послеоперационный перитонит (1).

Выводы. 1. Вколоченный камень в шейку пузыря, пузырный проток с признаками желчной гипертензии должен рассматриваться как 1 тип, а расширение пузырного протока более 5 мм как 2 тип.

2. Оперативное вмешательство при СМ 2 и 3 типа должно быть произведено открытым путем.

3. После произведенной пластики холедоха наиболее рационально дренирование гепатихоледоха по Керу предпочтительнее вне зоны пластики в течение 2-3 месяцев.

Литература:

1. Савельев, В.С. Синдром Мириizzi (диагностика и лечение) / В.С. Савельев, В.И. Ревакин / - М.: "Медицина", 2003. - 112 с.

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Щерба А.Е., Руммо О.О., Савченко А.В., Слободин Ю.В., Авдей Л.Л., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Дзядзько А.М., Минов А.Ф., Сантоцкий Е.О., Харьков Д.П., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Зайцев Ю.В., Пискун А.Б.
УЗ "9-я городская клиническая больница"
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Билиарная реконструкция является самым уязвимым для осложнений компонентом операции трансплантации печени, несмотря на улучшения хирургической техники и стандартизацию подходов [1]. С развитием эндоскопических технологий большинство этих осложнений в настоящее время подвергается эндоскопическому лечению, оставляя хирургический метод на второй этап при неэффективности первого [2].

Билиарные осложнения после ТП возникают в 10-25% случаев и включают в себя стриктуры, несостоятельность анастомоза, холелитиаз, дисфункцию сфинктера Одди с наибольшей частотой возникновения из них стриктур и несостоятельств.

Цель. Показать опыт коррекции и анализ факторов риска билиарных осложнений после трансплантации печени в Республике Беларусь.

Материал и методы. С апреля 2008 по май 2010 гг. в УЗ "9-ГКБ" г. Минска было выполнено 45 трансплантаций печени 43 пациентам. Мужчин было 20, женщин 25, средний возраст составил 45,7±1,9 лет (16-68), средний балл MELD 19,1±1,5 (6-46). Изученные факторы способные повлиять на развитие билиарных осложнений включали:

- а) длительность общей ишемии трансплантата;
- б) длительность тепловой ишемии;
- в) возраст донора;
- г) способ перфузии трансплантата во время back-table операции (венозный или венозно-артериальный);
- д) способ артериальной перфузии трансплантата (под давлением 120 мм рт.ст. или гравитационным);
- е) введение стрептокиназы системно во время мультиорганного забора;
- ж) способ реперфузии трансплантата (венозный или венозно-артериальный);
- з) вид билиарной реконструкции (холедохохоледохоанастомоз или гепатико-еюноанастомоз).

Для диагностики билиарных осложнений применялись УЗИ, МРТ-холангиография и/или РХГ. При анастомотических стриктурах выполнялось транспилярное эндобилиарное стентирование, стенты менялись каждые 3 мес., длительность лечения до 1 года. При неанастомотических стриктурах выполнялась транспилярная эндобилиарная дилатация с последующим стентированием, процедура повторялась каждые 3 мес до разре-

шения стриктуры. Перед и после транспилярных вмешательств назначался соматостатин или октреотид, спазмолитики, антибиотики, процедура выполнялась под общей анестезией.

Результаты и обсуждение. Билиарные осложнения развились у 8 пациентов (17,7%) и включали неанастомотическую стриктуру в 2 случаях (4,4%), анастомотическую стриктуру в 4 случаях (8,8%), несостоятельность билиарного анастомоза у 1 пациента (2,2%), стриктуру дистального отдела холедоха у 1 пациента (2,2%).

Из изученных факторов только возраст донора оказал достоверное влияние на развитие анастомотических стриктур и был больше у пациентов со стриктурами, 47±2,1 лет, чем у остальных пациентов, 30 ±2,3 лет (p=0,02). Была выявлена тенденция к большему возрасту донора, 39±1,6 лет, и большей длительности периода общей ишемии трансплантата, 577±14,6 мин, у пациентов с неанастомотическими стриктурами чем у остальных пациентов, 30 ±2,3 лет и 500±15,3 мин (p>0,05).

Всего было выполнено 21 транспилярное вмешательство. Эндоскопическое лечение было возможно у всех пациентов со стриктурами кроме одного, где ему препятствовала деформация гепатико-холедоха по типу "лебединой шеи", в последнем случае была выполнена гепатико-еюноанастомия в срок 6 мес. после ТП. После эндоскопического лечения хирургическое вмешательство не понадобилось ни одному пациенту. Из 6 пациентов со стриктурами и повторными стентированиями/дилатациями в 3-х случаях стриктуры разрешились и не требуют дальнейшего вмешательства, 3-е других пациентов продолжают эндоскопическое лечение. Только в одном случае после транспилярного вмешательства развился.

Выводы.

Эндоскопическое лечение в настоящее время является золотым стандартом в коррекции билиарных осложнений после ТП, обладает высокой эффективностью, низким риском и позволяет избежать повторных операций особенно в ранние сроки после ТП когда операционный риск наиболее высок.

Литература:

1. Bussutil, R. W. *Transplantation of the liver* / R. W. Bussutil, G. K. Klintmalm. - Elsevier, 2005. - 80 p.
2. Sharma, S. *Biliary strictures following liver transplantation: past, present and preventive strategies // Liver Transplantation.* - 2008. - Vol. 14, N 6. - P. 759-770.
3. Killenberg, P. G. *Liver transplant patient* / P. G. Killenberg. - Blackwell publishing, 2006. - P. 323-339.

РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Щерба А.Е., Руммо О.О., Слободин Ю.В., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Дзядзько А.М., Болонкин Л.С., Минов А.Ф., Сантоцкий Е.О., Харьков Д.П., Козич П.В., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Зайцев Ю.В., Пискун А.Б., Жук Г.В., Васюкевич М.А.
УЗ "9-я городская клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Трансплантация печени (ТП) в настоящее время является стандартом оказания помощи больным с терминальными диффузными и некоторыми очаговыми заболеваниями печени. Успех всей процедуры во многом зависит от ранней послеоперационной функции печеночного трансплантата и функции остальных органов и систем [1].

Первичная дисфункция трансплантата (ПДТ) проявляется первичным нефункционированием трансплантата (ПНТ) и ранней плохой функцией трансплантата (РПФТ). ПНТ - полная потеря функции печени, приводящая к смерти или экстренной ретрансплантации в течение 7 дней после ТП при отсутствии очевидной причины (тромбоз печеночной артерии, острое гуморальное отторжение и т.д.). РПФТ (синоним - поздняя или отсроченная функция трансплантата) - выраженное нарушение функции печени, критериями которого являются повышение АсАТ более 1500 Ед/л, протромбинового времени более 20 сек в первые 2-7 сутки после операции [2]. Частота ПНТ и РПФТ в среднем составляет соответственно 6 и 15%. РПФТ значительно осложняет ранний послеоперационный период после ТП и сопровождается высоким риском развития полиорганной недостаточности и летального исхода в первые 3 мес. после ТП.

Цель. Определить степень влияния комбинации различных факторов на развитие первичной дисфункции трансплантата.

Материал и методы. Были изучены результаты 41 ТП, выполненных 39 реципиентам с апреля 2008г. по апрель 2010г. Женщин было 23, мужчин 16. Средний возраст составил 42,6±1,9(16-68) лет, средний балл MELD 19,1±1,6(6-46). Средний срок госпитализации составил 29,4±3,3(1-105) дней. Средние значения исследуемых факторов риска составили: жировой гепатоз донорской печени - 24,9±6,8%, возраст донора - 0,2±1,4 лет, уровень Na⁺ донора - 147,5±2 ммоль/л, возраст реципиента - 42,6±1,9 лет, ретрансплантация - 2 из 39, UNOS статус 1 реципиента - 4 из 39, MELD - 19,1±1,6, СКФ реципиента в 0 день - 102±15,1 мл/мин/1,73м², длительность агепатического периода - 76±2,4 мин, время общей ишемии - 509±15 мин.

Результаты и обсуждение. ПДТ развилась у 11 из 39 реципиентов (28,2%): ПНТ - у 1 реципиента (2,6%); РПФТ - у 10 реципиентов (25,6%). На развитие ДТ достоверно оказали влияние UNOS статус 1 реципиента (p=0,02), MELD>20 (p=0,02), длительность агепатического периода >80 мин(p=0,003), время общей ишемии >10 час (p=0,03). Комбинация факторов "агепатический период

>80 мин + MELD >20" повышала риск развития ДТ в 20 раз (p=0,01); "MELD >20 + UNOS статус 1" - в 16 раз (p=0,02); "агепатический период >80 мин +общая ишемия >10 час" - в 14 раз (p=0,03); агепатический период >80 мин + UNOS статус 1" - в 12 раз (p=0,04); "MELD >20 + СКФ <60 мл/мин/1,73м² в 0 день" - в 6,2 раз (p=0,02). Риск летального исхода у пациентов с ДТ был в 12 раз больше, чем без ДТ (p=0,04). Из 11 пациентов с ДТ умерли 5 (45%) против 1 из 28 без ДТ (3,5%). Средний срок госпитализации пациентов с и без ДТ достоверно не отличался и составил соответственно 33 и 27 дней. Вено-венозная ультрафильтрация потребовалась у 9 из 11 пациентов с ДТ и у 6 из 28 без ДТ (x²=12,1; p=0,001). Плазмаферез потребовался у 3 из 11 пациентов с ДТ и у 1 из 28 без ДТ (x²=4,2; p=0,04).

Выводы.

1. Статус UNOS, балл MELD, длительность агепатического периода и общей ишемии оказали достоверное влияние на развитие дисфункции трансплантата.
2. Комбинации этих факторов повышали риск развития дисфункции трансплантата в 6-20 раз.
3. Дисфункция трансплантата требовала более частого применения почечнозаместительной терапии и плазмафереза и сопровождалась летальностью 45%.

Литература:

1. Pokorny, H. Influence of cumulative number of marginal donor criteria on primary organ dysfunction in liver recipients / H. Pokorny // *Clinical Transplant.* - 2005. - Vol. 19, N 4. - P. 532-536.

СОСУДИСТАЯ ОККЛЮЗИЯ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Щерба А.Е., Руммо О.О., Слободин Ю.В., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Дзядзько А.М., Болонкин Л.С., Минов А.Ф., Сантоцкий Е.О., Харьков Д.П., Козич П.В., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Зайцев Ю.В., Пискун А.Б., Жук Г.В., Васюкевич М.А.,
УЗ "9-я городская клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Снижение операционного риска является важной задачей в гепатобилиарной хирургии. Наиболее значимыми факторами риска в хирургии печени являются кровопотеря, острая анемия, потребность в гемотрансфузии, длительная нормотермическая ишемия печени, а в послеоперационном периоде септические осложнения и печеночная дисфункция [1]. Стандартизованный подход с применением рациональных кровесберегающих технологий способствует быстрой реабилитации пациентов после операций, снижению количества осложнений в послеоперационном периоде[2].

Цель. Показать опыт сосудистой окклюзии при резекциях печени.

Материал и методы. С февраля 2008 г. по май 2010 г. в УЗ "9-ГКБ" г. Минска было выполнено 78 резекции печени. Мужчин было 23, женщин - 55, средний возраст 47,5±1,5 лет (17-76), средний балл ASA 2,1±0,07(1-4). По-

казанием к резекции печени были: гемангиома (n=15), фокальная нодулярная гиперплазия (n=18), эхинококк (n=12), аденома (n=2), цистаденома (n=6), альвеококк (n=2), хронический абсцесс (n=1), гепатоцеллюлярный рак (n=9), колоректальные метастазы (n=7), центральная (n=1) и периферическая (n=3) холангиоцеллюлярная карцинома, метастаз рака молочной железы (n=1), рак желчного пузыря (n=1).

Варианты сосудистой окклюзии включали прием Прингла, селективную и тотальную сосудистую изоляцию и применялась при обширных резекциях, а также при резекциях меньшего объема при локализации патологического очага в проекции крупных печеночных вен и ветвей воротной вены.

Селективная сосудистая изоляция достигалась пережатием гепатодуоденальной связки и печеночной вены удаляемой доли печени (n=22). Тотальная сосудистая изоляция достигалась пережатием гепатодуоденальной связки и над- и подпеченочного отдела нижней полой вены (n=3). Прием Прингла применялся в интермиттирующем (n=14) и непрерывном (n=23) варианте, прием Прингла без окклюзии печеночных вен был применен в 13 случаях.

При обширных резекциях печени и у пациентов с большим операционным риском применялся обогрев пациента, аппаратная реинфузия крови (n=11), система быстрой инфузии (H-1200 Fast Flow Fluid Warmer) (n=2).

Результаты и обсуждение. Объем резекции включал: 1 сегмент (n=43), 2 сегмента (n=21), гемигепатэктомия (n=14, из них 6 левосторонних, 5 правосторонних, расширенных левосторонних - 1, расширенных правосторонних - 2). Средняя длительность операции составила 226±16мин (95-490); средний объем кровопотери - 311±44мл (50-2500); средний срок госпитализации после операции 14,3±1,1 дней (7-42). При этом средняя кровопотеря при резекции одного сегмента составила 175±22 мл (50-600), а при резекции двух и более сегментов - 521±88 мл (100-2500). В подгруппе пациентов с объемом резекции двух и более сегментов непрерывное пережатие гепатодуоденальной связки способствовало снижению кровопотери до 250±85мл (50-1200) по сравнению с интермиттирующим, 704±57мл (150-2500; U-тест, p=0,002) при сравнимом объеме резекции 2,7±0,71 (2-6) и 2,81±0,76 (2-5; U-тест, p=0,5). Комбинация сосудистой изоляции с непрерывным пережатием гепатодуоденальной связки способствовала снижению кровопотери до 337,6±48мл (150-550) по сравнению с резекциями без сосудистой изоляции, 591±55мл (150-1200; U-тест, p>0,05), при сравнимом объеме резекции 2,7±0,5 (2-4) сегментов и 2,6±0,18 (2-6) сегментов (U-тест, p=0,2).

Осложнения развились у 16 (20%) пациентов: пневмония (n=16; 20%), желчный затек и абсцесс брюшной полости (n=6; 7,6%), кровотечение в послеоперационном периоде (n=1; 1,2%), печеночная дисфункция у 3 и печеночная недостаточность у 2 пациентов (n=5; 6,4%). Осложнения были достоверно связаны с объемом резекции, кровопотери, гемотрансфузии и длительностью операции (U-тест, p<0,01). Периоперационной (90 дней) летальности не было. Трое больных умерли на 167, 267 и 180 сутки от прогрессии опухолей.

Выводы. Применение сосудистой окклюзии способствует значительному снижению кровопотери при резекциях печени и позволяет безопасно выполнять опе-

рации различного объема у пациентов разного возраста и операционного риска и снизить риск осложнений.

Литература.

1. Nielsen, H. J. Detrimental effects of perioperative blood transfusion / H. J. Nielsen // Br. J. Surg. - 1995. - Vol. 82, N 5. - P. 582-587.

2. Malassagne, B. Safety of selective vascular clamping for major hepatectomies / B. Malassagne // Journal of American College of Surgeons. - 1998. - N 187. - P. 482-486.

РОЛЬ ТОНКОИГОЛЬНОГО ПАПИЛЛОТОМА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ

Юсиф-заде К., Аскерова Г.
Центральная Больница Нефтяников,
г. Баку, Азербайджанская Республика

Цель. Определение критериев применения тонкоиглового папиллотомы и оценка результатов его применения.

Материал и методы. С мая 2009-го по май 2010-го года была произведена ЭРХПГ у 126-и больных. Из них 68 женщин и 58 мужчин. Возраст больных от 23 до 87 лет (средний возраст 55 лет). Были произведены 31 диагностических, 95 лечебных ЭРХПГ. Среди них с холедохолитиазом - 90 больным, с дилатацией холедоха - 9, со стриктурой холедоха - 9, с раком - 2, с холангиокарциномой - 5, с новообразованием головки поджелудочной железы - 2, с гнойным холангитом - 3, с механической желтухой 6 пациентам.

Первичный холедохолитиаз наблюдался у 18-и, вторичный холедохолитиаз у 72-х больных. Успешно произведена ЭРХПГ у 89 больных (70,6%), безуспешной попытка выполнения оказались у 37 больных (29,4%). У 68 больных (75,5%) с холедохолитиазом ЭРХПГ была успешной, у 22 больных (24,5%) безуспешной. Связанные с ЭРХПГ осложнения такие, как перфорация и кровотечение не зарегистрированы. Панкреатит наблюдался у 12 больных (9,5%).

У 13-ти больных (10,3%) сфинктер Одди не был канюлирован стандартным ЭРХПГ катетером вследствие аксиального, а не поперечного расположения и протрузированную сфинктера Одди, а также из-за наличия камней или же других препятствий. Поэтому с целью достижения папиллотомии был использован тонкоиглольный папиллотом. У больным с холедохолитиазом, с холангиокарциномой, с гнойным холангитом было произведена тонкоиглольная папиллотомия.

В случае использования тонкоиглольного папиллотомы при холедохолитиазе у 3-х больных не удалось выполнить ЭРХПГ. У больным с гнойным холангитом после выполнения сфинктеротомии. Из холедоха выделилось большое количество гнойной желчи. У больного с холангиокарциномой после произведения сфинктеротомии и баллонной дилатации в области сосочка был установлен назобилиарный дренаж. Успех процедуры отмечен у больным, у которых наблюдалась протрузия области от

верхнего отдела сфинктера Одди до поперечной складки внутренней стенки второго отдела 12- перстной кишки. У 2-х больных выполнение ЭРХПГ было прекращено вследствие осложнения при анестезии.

Таким образом, использование тонкоиглового папиллота позволяет успешно выполнить ЭРХПГ в трудных ситуациях.

В литературе имеются много сообщений об использовании тонкоиглового папиллота при ЭРХПГ. P.H. Zhou et. al [1] за 2 года исследования включили 948 больных с ЭРХПГ. Из них у 43-х больных был использован тонкоигловый папиллотом. У 39 больных (90%) ЭРХПГ завершалось успешно. По результатам исследования, у больных с трудной канюлизацией использование тонкоиглового папиллота является безопасным, эффективным и самым оптимальным методом с точки зрения затрат времени [1].

A.R. Siddiqui et. al [2] на протяжении 2-х лет произвели ЭРХПГ 515 больным. Из них 59 больным была произведена тонкоигловая папиллотомия. У 56 больных (95%) результат был успешным. У 3-х больных результат не был достигнут. У 1-го больного из-за наличия большого дуоденального дивертикула невозможно было произвести тонкоигловую папиллотомию. По результатам исследования установили, что использование тонкоиглового папиллота повышает успех диагностических и терапевтических процедур, что совпадает с результатами нашей работы.

Выводы:

1. Рекомендуются использование тонкоиглового папиллота при выполнении ЭРХПГ.
2. При невозможности применения стандартного и "pre-cut" папиллота тонкоигловый папиллотом остается единственным методом выбора.
3. При использовании тонкоиглового папиллота необходимо избегать таких осложнений, как перфорация и кровотечение.
4. Тонкоигловый папиллотом должен использоваться более опытным эндоскопистом.
5. Наряду со специалистом, выполняющим ЭРХПГ, высокий уровень и знания вспомогательного персонала повышает успех произведения ЭРХПГ в целом.

Литература:

1. *Application of needle-knife in difficult biliary cannulation for endoscopic retrograde cholangiopancreatography / P. H. Zhou [et al.] // Hepatobiliary Pankreat Dis. Int. - 2006. - Vol. 5, N 4. - P. 590-594.*
2. *Siddiqui, A. R. Needle knife papillotomy for cannulating difficult papilla; two years experience / A. R. Siddiqui, S. K. Niaz // J. Pak. Med. Assoc. - 2008. - Vol. 58, N 4. - P. 195-197.*

УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ РЕОРГАНИЗАЦИЯ ТКАНИ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХОЛАНГИОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

*Якубовский С.В., Емельянова А.А.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
Институт физиологии НАН Беларуси
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В современной литературе имеются многочисленные данные о сопряженности генерализованных форм абдоминальной инфекции с развитием синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), сопровождающегося развитием прогрессирующей полиорганной недостаточности. Последняя в течение последних 20 лет является основной причиной смерти пациентов хирургических стационаров [1]. Особое значение в реализации ССВО организма придается печени, которая является важнейшим звеном формирования защитной реакции организма при воспалительных заболеваниях [2]. Однако, несмотря на значительное количество публикаций, посвященных проблеме формирования дисфункции печени, ультраструктурные механизмы ее возникновения, а также способы ее предотвращения и лечения нуждаются в дальнейшем изучении.

Цель. Изучение структурной реорганизации ткани печени в условиях экспериментальной холангиогенной абдоминальной хирургической инфекции.

Материал и методы. Исследования проведены на 30 морских свинках. Острый деструктивный холецистит (ОДХ) моделировали по способу [3]. Из эксперимента животных выводили через 24 и 48 часов. Образцы ткани брали из правой доли печени. Контролем служили интактные животные. Для электронно-микроскопических исследований материал фиксировали по общепринятой методике. Ультраструктурный анализ гепатоцитов проводили на негативах при конечном увеличении 20 000 (первоначальное увеличение 7 200). Полученные результаты обрабатывались с применением пакетов прикладных программ MS Excel и "STATISTICA 6.0" (StatSoft Inc., США).

Результаты и обсуждение. Используемая нами модель ОДХ приводила к появлению деструктивно-воспалительного процесса в брюшной полости экспериментальных животных, который характеризовался возникновением признаков ССВО [4]. Развитие ОДХ сопровождалось изменением ультраструктуры гепатоцитов и микроциркуляторного русла печени. Часть клеток сохраняла ультраструктурную организацию, свойственную интактным животным, однако большинство гепатоцитов выглядели измененными. В гепатоцитах выявлялись: уменьшение содержания гликогена, вакуолизация цитоплазмы, увеличение количества жировых включений, полиморфизм митохондрий, нарушение их строения и уменьшение количества, изменение формы ядра, конденсация хроматина. Выделялись клетки с дистрофическими и деструктивными изменениями, а также клетки с признаками компенсаторно-приспособительной перестройки. Соотношение этих групп клеток менялось,

в зависимости от сроков эксперимента. Увеличение длительности эксперимента от 24 до 48 часов сопровождалось достоверным ($p < 0,05$) нарастанием количества гепатоцитов с дистрофическими и деструктивными изменениями по сравнению с контрольными животными, а также существенным уменьшением доли интактных клеток и гепатоцитов с признаками адаптивной перестройки. Микроциркуляторные нарушения включали расширение и полнокровие синусоидов, агрегацию форменных элементов крови, набухание купферовских клеток. Изменения ультраструктуры эндотелиоцитов включали хроматолизис ядер, вакуолизацию цитоплазмы, деструкцию крист митохондрий.

Выводы. Развитие экспериментальной абдоминальной холангиогенной инфекции сопровождалось возникновением структурной гетерогенности гепатоцитов. Увеличение длительности эксперимента приводило к увеличению доли гепатоцитов с дистрофическими и деструктивными изменениями. Работа выполнена при поддержке Белорусского фонда фундаментальных исследований при Совете Министров Республики Беларусь (грант № Б09 - 013 от 15 апреля 2009 г.).

Литература:

1. Руднов, В. А. *Сепсис на пороге XXI века: основные итоги, новые проблемы и ближайшие задачи* / В. А. Руднов, Д. А. Винницкий. // *Анестезиол. и реаниматол.* - 2000. - № 3. - С. 64-69.
2. Abraham, E. *Mechanisms of Sepsis-Induced Organ Dysfunction and Recovery* / E. Abraham, M. Singer. - Berlin: Springer-Verlag, 2007. - 453 p.
3. *Acute acalculous cholecystitis - experimental and clinical observations* / G. Shaked [et al.] // *Isr. J. Med. Sci.* - 1988. - Vol. 24, N 8. - P. 401-404.
4. Якубовский, С. В. *Острый деструктивный холецистит как источник системной воспалительной реакции в эксперименте* / С. В. Якубовский // *Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации: материалы 44 Всерос. науч. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых.* - Тюмень: ООО "Печатник", 2010. - С. 279-280.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ЧЕРЕЗ SILS-ПОРТ - ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Pesta W., Стебунов С.С., Kurpiewski W,
Покляк-Вольский И.И.
Университетский госпиталь,
г. Ольштин, Республика Польша
Республиканский клинический медцентр УД
Президента РБ,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Стремление к дальнейшей минимализации хирургического доступа и достижению максимального косметического эффекта при выполнении лапароскопической операции привело к созданию новой технологии SILS-порта. SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery) - аббревиатура английских

слов "хирург через один прокол". Данная методика внедрена в практику одновременно компаниями Covidien и Olympus в 2009 году и в настоящее время находит все более широкое распространение в США и Европе. Она позволяет добиться хорошего косметического эффекта и в то же время снизить инвазивность оперативного вмешательства [1, 2]. Однако следует отметить, что эта новая методика требует накопления опыта для усовершенствования технических навыков и дальнейшего научного анализа.

Цель. Представляем наш первый успешный опыт лапароскопической холецистэктомии с применением SILS-порта компании Covidien. В Республике Беларусь первая SILS-лапароскопия была произведена в Республиканском клиническом центре в начале мая этого года больному К., 63 года (опер. С.С. Стебунов).

Материал и методы. В отделении общей и малоинвазивной хирургии Ольштина на момент публикации произведено 58 SILS-холецистэктомий. Прооперировано 48 женщин (83%) и 10 мужчин (17%). Возраст 20-40 лет имели 20 пациентов, 40-60 лет - 29, свыше 60 лет - 9 больных. ИМТ (индекс массы тела) свыше 30 имели 7 пациентов. Для операции отобраны пациенты с невысоким анестезиологическим риском - группа ASA II составила 34 % (20 больных). Результаты SILS-холецистэктомии сравнивались с таковыми при традиционной лапароскопической методике.

Результаты и обсуждение. Использована эндохирургическая стойка фирмы Karl Storz, SILS-порт фирмы Covidien с тремя 5-мм троакарами, 30 градусная оптика и набор обычных лапароскопических инструментов диаметром 5 мм. SILS-порт представляет собой эластичное губчатое перфорированное устройство с тремя каналами для троакаров и одним для инсuffляции газа. Порт вводился в брюшную полость через разрез 2,5 см в области пупка или через грыжевые ворота при наличии грыжи. Только в одном случае дополнительно был введен 5-мм троакар ввиду сложности препаровки пузырного протока. Длительность операции через SILS-порт составила от 42 до 125 мин (в среднем - 70,5 мин; при традиционной лапароскопической методике - 47,9 мин.). Периоперационных осложнений не наблюдалось. В одном случае после SILS-холецистэктомии в области введения порта развился воспалительный инфильтрат излеченный консервативными методами. По визуальной шкале боли через 6 часов после SILS операции боль оценена в среднем на 3,56 балла, при традиционной - 4,64. Через 24 часа показатели соответственно 1,29 и 1,74 баллов. Адекватное обезболивание после операций во всех случаях достигалось введением только противовоспалительных средств. Длительность госпитализации при SILS методике - 1,46 дней, при традиционной - 1,92. Швы снимались амбулаторно на 7-10 сутки. При осмотрах до 3-х месяцев после операций пациенты жалоб не предъявляли, косметический эффект оценивали как отличный. В результате внедрения методики выявлены следующие особенности: SILS методика требует более совершенной координации между хирургом и ассистентом, а также достаточного опыта в лапароскопической хирургии. Использование 5-мм телескопа несколько ограничивает зону визуализации и освещенность операционного поля по сравнению с 10-мм

лапароскопией. Предпочтительным является использование инструментов с изгибающейся рабочей частью (ротикюляторы). Наиболее наглядными преимуществами на наш взгляд является применение SILS-методики при наличии небольших пупочных и параумбиликальных грыж.

Выводы. Считаём SILS-технологию перспективной методикой. При строгом отборе пациентов на этапе освоения холецистэктомия с помощью SILS-порта технически выполнима, не приводит к значительному увеличению продолжительности операции, имеет лучший косметический эффект и минимальное количество осложнений.

Литература:

1. Лапароскопическая холецистэктомия через Covidien Sils-порт - первый опыт / С. А. Щекочихин [и др.] // *Материалы XIII Съезда о-ва эндоскоп. хирургов России.* - 2010. - С. 58-59.

2. SILS cholecystectomy - our first experiences / W. Kurpiewski [et al.] // *Videosurgery and other miniinvasive techniques.* - 2009. - Vol. 4, N 3. - P. 91-94.

TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT (TIPS) IN THE TREATMENT OF VARICEAL BLEEDING. OWN EXPERIENCES

*Jerzy Robert Ladny, Kazimierz Kordecki, Hady Razak Hady, Jerzy Lukaszewicz, Jacek Dadan
Medical University, Bialystok, Poland*

A transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) is a percutaneously created connection within the liver between the portal and systemic circulations. A TIPS is placed to reduce portal pressure in patients with complications related to portal hypertension. This procedure has emerged as a less invasive alternative to surgery in patients with end-stage liver disease. So far 16 procedures of TIPS at the author's Department have been performed.

Clinical indications for TIPS are as follows: acute variceal bleeding that cannot be successfully controlled with medical treatment, including sclerotherapy, recurrent and refractory variceal bleeding or recurrent variceal bleeding in patients who cannot tolerate conventional medical treatment, including sclerotherapy and pharmacologic therapy, therapy for refractory ascites, portal decompression in patients with hepatic venous outflow obstruction (Budd-Chiari syndrome), hepatic hydrothorax, or hepatorenal syndrome. Contraindications include the following: right-sided heart failure with increased central venous pressure, polycystic liver disease, severe hepatic failure.

At the author's institution, the right internal jugular vein is accessed. With standard catheter exchange, a 5F catheter with a multipurpose curve is placed into the right hepatic vein. The catheter is wedged in a peripheral branch of the right hepatic vein. Wedged hepatic venography is then performed with to opacify the portal venous system. By using the wedged hepatic venogram images as a guide, the Colapinto needle is advanced through the wall of the right hepatic vein and

directed in an anteroinferior direction to access the right portal vein. The intrahepatic parenchymal tract is dilated with an 8- or 10-mm high-pressure balloon such as Conquest high-pressure balloon. A self-expanding metallic stent is then deployed across the tract and dilated to the desired diameter by using an angioplastic balloon. Postplacement venography is performed.

Authors experiences indicate that connection within the liver between the portal and systemic circulations is possible in 97% of cases. Efficacy in the treatment of acute variceal bleeding is about 91%. Recurrent bleeding within 2 years occurred in 21% of patients. Clinical sufficiency in hepatic hydrothorax management is obtained in 65%. 30-days mortality about 11% is generally concerned with patients in C stage according to Child and Pugh classifications. A major concern of a newly placed TIPS is new-onset or worsened encephalopathy, which occurs in about 25% of treated patients. Complications related to the puncture site include pneumothorax, vessel or tissue injury, and arteriovenous fistula formation. Placement of the catheter in the right atrium can cause serious cardiac dysrhythmias. Complications can occur during the creation of the intrahepatic tract. The needle can injure the hepatic artery or bile ducts. Capsular tears can result in life-threatening hemorrhage when they occur in association with a hepatic artery puncture. Portal venous puncture in an extrahepatic location can result in significant bleeding complications.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

Андреев А.Л., Глобин А.В., Чуйко С.Г.
ООО "Международная клиника МЕДЕМ",
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. При выполнении как радикальных, так и паллиативных операций по поводу злокачественных новообразований толстой кишки, одной из существенных проблем является наличие колостомы у больных [1, 2]. Кроме того, количество стомированных пациентов увеличивают операции по поводу перфораций и повреждений толстой кишки различной этиологии [2]. Повторные оперативные вмешательства с целью восстановления кишечной непрерывности относятся к наиболее травматичным и сложным реконструктивным операциям на толстой кишке [1, 2]. В последнее время появились отдельные сообщения о лапароскопических способах восстановления непрерывности толстой кишки у этой категории больных [3].

Цель. Улучшение результатов восстановления кишечной непрерывности после операции Гартмана.

Материал и методы. Мы обладаем опытом лапароскопического восстановления непрерывности толстой кишки у 21 стомированного пациента (10 мужчин и 11 женщин), в возрасте от 40 до 76 лет (средний возраст 53 года). Первичной операцией во всех случаях была обструктивная резекция толстой кишки по Гартману, которая выполнялась у 14 больных по поводу аденокарциномы толстой кишки, осложненной толстокишечной непроходимостью, у 2 больных по поводу перфорации опухоли толстой кишки, у 4 больных по поводу перфорации дивертикула толстой кишки и у 1 больного по поводу травматического повреждения толстой кишки. Лапароскопические реконструктивные операции выполнялись в сроки от 3 до 47 месяцев (в среднем - 13 месяцев) после первичного вмешательства. Перед операцией проводили полное клиническое обследование, с оценкой общесоматического состояния больного, исключения наличия локорегионарного рецидива или прогрессирования опухолевого процесса, изучали состояние культи прямой кишки и ободочной кишки. За 5-7 дней до операции ежедневно пациентам назначали очистительные или лекарственные клизмы через анус в объеме 200-300 мл для подготовки культи прямой кишки к оперативному вмешательству.

Первым этапом выполняли иссечение колостомы. После подготовки концевого участка приводящей петли и фиксации кисетным швом в ее просвете "головки" циркулярного сшивающего аппарата, кишку погружали в брюшную полость. Через рану удаленной стомы в брюшную полость вводили руку, выполняли локальный адгезиолизис и под непосредственным пальпаторным контролем в параумбиликальной или правой подвздошной области устанавливали первый (10-миллиметровый)

троакар для лапароскопа. Затем послойно ушивали рану брюшной стенки, после иссеченной колостомы, и накладывали пневмоперитонеум. В брюшную полость под визуальным лапароскопическим контролем вводили два дополнительных 5-миллиметровых троакара, которые располагали вдоль правого бокового фланга и проводили лапароскопический адгезиолизис с выделением культи прямой кишки. Если культя находилась под тазовой брюшиной (у 6 пациентов), то для идентификации культи прямой кишки трансанально вводили фиброколоноскоп. У 6 пациентов дополнительно мобилизовали левую половину ободочной кишки. Затем трансанально вводили базовую часть циркулярного степлера и формировали интракорпоральный аппаратный анастомоз.

Результаты и обсуждение. Летальных исходов, значимых интра- и послеоперационных осложнений не было. Перешли на открытую операцию в одном случае из-за выраженного рубцово-спаечного процесса. Средняя продолжительность лапароскопического вмешательства составила 150 минут. Операционная кровопотеря - 50-100 мл. Газы начинали отходить на следующий день, первый стул - на 2-3 день после операции. Послеоперационный койко-день составлял 5-7 суток. Средний срок наблюдения после операции составил 16 месяцев (от 6 до 58 месяцев). Поздних осложнений отмечено не было.

Выводы. Операции из лапароскопического доступа восстановления непрерывности толстой кишки после операции Гартмана, за счет малой травматичности, имеют ряд преимуществ перед операциями из широкой лапаротомии, включая меньшую кровопотерю, быстрое восстановление моторики кишечника, раннюю активизацию пациентов, сокращение послеоперационного пребывания в стационаре. Выполнение симультанного лапароскопического адгезиолизиса является эффективным способом лечения и профилактики спаечной болезни брюшной полости и ее осложнений.

Сложности выполнения этих операций возникают при массивном спаечном процессе брюшной полости и короткой культе прямой кишки. В этой ситуации целесообразно дополнительно использовать "руку помощи" и фиброколоноскопию.

Наш опыт выполнения лапароскопических операций по восстановлению кишечной проходимости говорит о целесообразности их дальнейшего совершенствования и внедрения в хирургическую практику.

Литература:

1. Воробьев, Г. И. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции по Гартману / Г. И. Воробьев // *Клин. оператив. колопроктол.* - М., 1994. - С. 171-178.
2. Яицкий, Н. А. Опухоли толстой кишки / Н. А. Яицкий, В. М. Седов, С. В. Васильев. - М.: МЕДпресс-информ, 2004 - 376 с.
3. *Laparoscopic restoration of intestinal continuity after Hartman's procedure* / M. J. Rosen [et al.] // *American Journal of Surgery.* - 2005. - Vol. 189. - P. 670-674.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛАТЕРАЛЬНОЙ ПРОКТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕКТОЦЕЛЕ

Батаев С.А., Жандаров К.Н., Пыжевский И.В.,
Мицкевич В.А., Гузаевский Ю.Н., Маркевич Н.Б.,
УО "Гродненский государственный
медицинский университет",
УЗ "ТОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на успехи, достигнутые за последние годы в оказании хирургической помощи больным проктологического профиля, многие теоретические и практические аспекты клинической проктологии остаются нерешенными. В частности, не решены вопросы инструментальной диагностики больных с ректоцеле, о чем свидетельствуют часто возникающие затруднения и ошибки в диагностике и лечении.

Цель. Показать возможность и преимущества модифицированного метода латеральной проктографии с использованием специального изготовленного стульчака.

Материалы и методы. На базе Гродненской областной клинической больницы за период с апреля по май 2010 г. были обследованы 5 пациентов, страдающих 2-й и 3-й степенью ректоцеле. Данным больным была выполнена модифицированная проктография с использованием специально изготовленного стульчака по разработанной в клинике методике.

Проктография выполнялась следующим образом: всем пациенткам перед исследованием проводилась стандартная подготовка кишечника с использованием слабительных средств и очистительных клизм. В условиях рентгенкабинета пациентам в положении лёжа на левом боку в просвет прямой кишки на глубину 15 сантиметров вводился длинный катетер, после чего больные усаживались на специально изготовленный стул и настраивался рентгенаппарат для выполнения снимков в латеральной проекции. Просвет прямой кишки заполнялся жидкой бариевой взвесью в общем объёме до 1000 миллилитров с постепенным удалением катетера. После чего пациенткам выполнялась серия трёх снимков: 1) непосредственно после заполнения; 2) при натуживании; 3) после опорожнения прямой кишки. Общая доза облучения составляла 2,55 мЗв, что значительно меньше дозы, получаемой больными при ирригографии (18 мЗв) или при динамической дефекографии.

Результаты и обсуждение. После выполнения данного исследования на полученных снимках визуализировалось выпячивание передней стенки прямой кишки, что легко позволило определить степень ректоцеле, а также, опираясь на стандартные костные ориентиры, в фазе натуживания удалось установить степень опущения диафрагмы тазового дна. У 2-х пациенток во время натуживания произошло непроизвольное выделение контраста из прямой кишки, что в общем значительно не повлияло на качество снимков и не отразилось на интерпретации данных исследования.

Выводы. Применение данной методики помогает качественно определить степень и объективно подтвердить диагноз ректоцеле, а так же степень опущения

диафрагмы таза, что в свою очередь помогает выбрать правильный метод хирургической коррекции данной патологии. Другим преимуществом данного метода является значительно уменьшения дозы получаемого облучения.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СТРАТЕГИИ И ТАКТИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Бойко В.В., Криворотько И.В.
ГУ "Институт общей и неотложной
хирургии АМН Украины",
г. Харьков, Украина

Актуальность. Во всех экономически развитых странах мира и в Украине отмечен рост заболеваемости раком прямой кишки: показатель заболеваемости в последние 10 лет в Украине возрос на 20% и в 2007 году составил 18,8 на 100 тысяч взрослого населения (21,1 среди мужчин и 17,5 среди женщин).

Неудовлетворительные результаты лечения рака прямой кишки с 30%-ой летальностью спустя 1 год после операции в большинстве случаев связаны с недостаточным объемом оперативного вмешательства при местнораспространенных формах рака прямой кишки [1].

Расширенные и комбинированные операции при местнораспространенном раке прямой кишки сопряжены с высоким риском развития общих и местных осложнений, что в конечном итоге либо дискредитирует метод хирургического лечения распространенного рака прямой кишки за счет чрезвычайно высокой летальности (до 20 %), либо приводит к отказу от попыток удалить опухоль и заканчивается примерно у 1/3 больных в Украине разгрузочной колостомой и симптоматическим лечением.

Цель. Разработать оптимальные хирургические вмешательства при местнораспространенном раке прямой кишки.

Материалы и методы. У 385 пациентов применен

Таблица 1. Синдромы местнораспространенного рака в группах больных

Синдромы местнораспространенного рака	1-я группа		2-я группа		Всего	
	Абс	%	Абс	%	абс	%
1. Кишечная непроходимость	57	31,1	62	30,7	119	31
2. Кровотечения	51	27,8	57	28,2	108	28
3. Сдавления мочевых путей	35	19,1	46	22,7	81	21
4. Венозные или артериальные	17	9,3	25	12,4	42	11
5. Абсцессы, свищи	7	3,8	12	5,9	19	5
6. Регионарная лимфаденопатия	48	26,2	58	28,7	106	28
7. Костные поражения (кресца, копчика)	9	4,9	16	7,9	27	7

новый посиндромальный подход к лечению осложненных форм рака прямой кишки и новые методы комбинированных операций с учетом морфофункционального состояния прямой кишки (таблица). Также проведены иммуноферментное и иммуногистохимическое исследования у 78 экспериментальных животных, сыворотки крови и мочи у 34 пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки в ближайшие сроки после операции для определения факторов заживления анастомозов.

Результаты и обсуждение. Впервые получены научные данные о морфологических изменениях в зоне толстокишечного анастомоза в динамике его заживления при артериальной и венозной деваскуляризации. Установлено, что в условиях ишемии зоны анастомоза процессы репарации резко замедляются и происходят на фоне затянувшейся экссудативной фазы воспаления с явлениями гнойной инфильтрации и микроабсцедирования. Впервые установлено, что у больных после резекций прямой кишки после операции в течение первых трех суток до развития несостоятельности анастомоза наблюдается усиление распада коллагена с 10-кратным увеличением до $207,5 \pm 16,3$ мг/сут экскреции оксипролина с мочой, что может явиться маркером развития несостоятельности анастомозов уже в ранние сроки. Также выявлено угнетение Т-клеточного звена иммунитета, проявляющегося снижением субпопуляции CD4+ хелперов в три раза по сравнению с неосложненным течением послеоперационного периода, повышение содержания молекул средней массы до $0,350 \pm 0,03$ усл. ед. и повышение экспрессии маркеров цитотоксичности сыворотки крови в 1,2 раза указывающее на возможность развития указанных осложнений. Полученные экспериментальные данные позволили сформулировать индивидуализированный подход и разработать алгоритмы выполнения комбинированных и расширенных оперативных вмешательств при местнораспространенном раке прямой кишки при низком и высоком риске развития несостоятельности толстокишечных анастомозов.

Разработанный и примененный посиндромальный подход к лечению осложненного рака прямой кишки позволил увеличить процент сфинктеросохраняющих операций с 52,4% до 59% и снизить число симптоматических операций от 9,1 до 2,5% за счет увеличения процента комбинированных операций с 3,8 до 15,3%. Разработанный и примененный алгоритм лечения несостоятельств после комбинированных операций даже при увеличении объема операционной травмы позволил добиться снижения послеоперационной летальности с 6,0 до 4,9%.

Выводы. Разработанные органосохраняющие комбинированные операции с резекцией мочеточников, мочевого пузыря и внутренних половых органов у лиц мужского и женского пола, а также новые методы закрытия полости таза после частичных эвисцераций применены у 37 больных и позволили увеличить радикальность лечения до 90%, вместе с тем достичь более полной социальной адаптации с удовлетворительной функцией удержания мочи и кала в случаях необходимости выполнения резекции пораженных опухолью соседних органов.

Литература:

1. *Бюлетень національного канцер-реєстру України / 3. П. Федоренко [та інш.]. - 2007. - № 8. - С. 16-25.*

ЛЕЧЕБНОЕ И ПАЛИАТИВНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМИСЯ СТЕНТАМИ

*Борисов А.Е., Кащенко В.А., Акимов В.П.,
Распереза Д.В., Сишкова Е.А.
Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. Рак толстой кишки является ведущей причиной кишечной непроходимости [1]. В такой ситуации не всегда удается сразу убрать опухоль и часто выполняется операция с выведением колостомы, закрыть которую возможно лишь через несколько месяцев. Колостома - серьезный психологический фактор, ограничивающий физическую активность пациента, его нормальный образ жизни и привычные занятия. В последнее время все большее распространение получают саморасширяющиеся сетчатые системы (так называемые стенты), вводимые в просвет кишки на уровень опухоли с помощью эндоскопа. Это позволяет избежать наложения колостомы. Первый опыт эндопротезирования толстой кишки металлическим стентом в 1991 году описал М. Dohmoto Исторически первыми стентами, использовавшимися в толстой кишке, были пищеводные стенты, но в последние годы разработаны специальные толстокишечные стенты. Основная концепция применения стентирования кишки при опухолевой обструкции: избежать неотложной операции, обеспечив или пролонгированное паллиативное состояние - нерезектабельные случаи, или elective оперативное лечение при резектабельной опухоли [3].

Цель. Представить первый опыт применения эндопротезирования (стентирования) толстой кишки при опухолевой непроходимости.

Материал и методы. Проанализированы результаты использования эндопротезирования (стентирования) 5 пациентам со злокачественными стенозами толстой кишки на клинической базе кафедры хирургии им. Н.Д.Монастырского в клинической больнице №122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России. Методика начала использоваться с ноября 2008 года. За данный период выполнено пять эндостентирований у трех женщин и двух мужчин в возрасте от 54 лет до 71 года. Показаниями для выполнения эндопротезирования (стентирования) опухоли толстой кишки была в одном случае острая кишечная непроходимость, в трех случаях неоперабельная опухоль сигмовидной кишки, а в пятом рецидив опухоли в области анастомоза с субкомпенсированным стенозом. Стентирование выполнено в качестве альтернативы традиционной колостомии для устранения кишечной непроходимости.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов с бластоматозным поражением сигмовидной кишки непроходимость была купирована, пассаж по кишечнику восстановлен. В четырех случаях операция носила паллиативный характер. Причем у троих пациентов операция выполнялась на первичной опухоли, а в одном

случае при рецидиве в области толстокишечного анастомоза. В трех случаях расправление стента осуществлено с помощью баллонной дилатации. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не было. Пациенты выписаны на 3-и 5-е сутки после операции с клиническим улучшением: исчезли боли в животе, свободно отходят газы, стул самостоятельный на 2 сутки. Рекомендована: бесшлаковая диета, мягкие слабительные, обильное питье. Контрольная колоноскопия через 1 месяц.

Выводы. Таким образом, эндопротезирование толстой кишки при бластоматозном стенозе является малотравматичным, достаточно безопасным и эффективным вмешательством для разрешения острой обтурационной толстокишечной непроходимости как способ подготовки к радикальной операции, позволяющий избежать двухэтапных вмешательств.

Комплексное использование возможностей современных методов эндоскопического лечения открывает перспективы для проведения полноценной паллиативной терапии - обеспечивает достаточно широкий просвет кишечной трубки для устранения кишечной непроходимости у неоперабельных больных; как правило, не требует повторных лечебных вмешательств, сопровождается умеренным болевым синдромом, благодаря чему повышается качество жизни этой категории больных.

Литература:

1. *Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. / под ред. М. И. Давыдова, Е. М. Аксель // Вестн. РОНЦ им. Болдина. - 2006. - Т. 17, № 3. - Прил. 1. - С. 202.*
2. *Dohmoto, M. Application of rectal stents for palliation of obstructing rectosigmoid cancer / M. Dohmoto, M. Hunerbein, P. M. Schlag // Surgical endoscopy. - 1991. - Vol. 11, N 7. - P. 758-761.*
3. *Spinelli, P. Use of self-expanding metal stents for palliation of rectosigmoid cancer / P. Spinelli, A. Mancini // Gastrointest. Endosc. - 2001. - Vol. 53, N 7. - P. 203-206.*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Бородинец А.Л., Рычагов Г.П., Русинович В.М., Попков О.В., Трусевич Т.Л., Корнов А.Г. УЗ "3-я ГКБ им. Е.В. Клумова", Городской центр колопроктологии г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Проанализировать результаты лечения осложнённых форм дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК).

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 303 больных с ДБТК за период 2004-2008 гг., поступивши по экстренным показаниям с осложнёнными формами заболевания. Возраст больных от 38 до 90 лет; мужчин - 82 (27%), женщин - 221 (73%). Дивертикулёз, осложнённый дивертикулитом, наблюдали у 31 (10,2%) пациента, кровотечением - у 232 (76,6%), инфильтратом и абсцессом - у 20 (6,6%), перфорацией с развитием перитонита - 17 (5,6%), стенозом сигмовидной кишки - 2

(0,7%), межкишечными свищами - 1 (0,3%). Для диагностики использовались клинические, лабораторные, рентгенконтрастные и эндоскопические методы, УЗИ, КТ.

Результаты и обсуждение. Выбор способа лечения зависел от характера осложнения ДБТК. Так, при кровотечении больным проводилась гемостатическая, инфузионная терапия, при наличии анемии переливалась эр. масса. После стабилизации состояния, с целью выявления источника кровотечения, выполняли колоноскопию - 71% случаев. Как правило, кровотечение останавливалось консервативной терапией. 4 (1,3%) больных оперированы в связи с неэффективностью лечения. При ДБТК, осложнённой дивертикулитом без или с формированием параколярного инфильтрата, также проводилась консервативная терапия, которая заключалась в назначении безшлаковой диеты, антибиотикотерапии, воздействующая на Гр-анаэробную флору, препарата 5-АСК, инфузионной терапии. При положительном эффекте, с целью исключения другой патологии, выполнялась колоноскопия, ирригоскопия, УЗИ, КТ.

Больные с перфорацией дивертикула, с развитием абсцесса и перитонита, наличием межкишечных свищей, стенозом кишки подлежали оперативному лечению по экстренным или срочным показаниям. Среди 24 оперированных выполнено: операция Гартмана - 10, левосторонняя гемиколонэктомия - 6, субтотальная гемиколонэктомия - 3, наложение колостомы - 3, сегментарная резекция толстой кишки - 2. Послеоперационные осложнения составили 12,5%, послеоперационной летальности не было.

Выводы. ДБТК является распространенным заболеванием. Осложнения ДБТК встречаются довольно часто в клинической практике: кровотечения, дивертикулиты с инфильтратами нуждаются в консервативной терапии, а перфорации, абсцессы и стриктуры требуют оперативного лечения, объём и характер которых определяется индивидуально.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ КОЛПРОКТЭКТОМИИ

Воробей А.В., Бондарь А.С. ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии, УЗ "Минская областная клиническая больница", г. Минск, Республика Беларусь

Одним из вариантов хирургического лечения больных диффузным семейным полипозом толстой кишки и неспецифическим язвенным колитом (НЯК) является колпроктэктомия (КПЭ) с формированием тонкокишечного тазового резервуара или, так называемая, восстановительная колпроктэктомия (ileal pouch anal anastomosis - ПРАА). Данный вид хирургического вмешательства применяется молодым людям, не желающим носить пожизненную илеостому. В МОКБ такие операции выполняются с 1997 года. За этот период нами оперировано 15

пациентов по поводу диффузного семейного полипоза и 11 - по поводу НЯК (всего 26). "J"-образные резервуары формировались в 14 случаях, "S"-образные - в 12 случаях. Двоим больным были удалены резервуары вследствие различных воспалительных осложнений. Нами изучены отдалённые результаты восстановительных КПЭ. На основании резервуарографии объём резервуаров составил в среднем 250 - 300 мл, независимо от типа применяемого резервуара. Наблюдалась так называемая колонизация приводящей к резервуару петли подвздошной кишки (увеличение диаметра). Частота стула составляла в среднем 4-7 раз. Две пациентки после перенесенных операций успешно родили здоровых детей естественным путём.

ВОЗМОЖНОСТИ ДВУХБАЛЛОННОЙ ЭНТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ

*Воробей А.В., Лагодич Н.А., Ивашко М.Г., Борсук А.Д.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
Республиканский центр реконструктивной
хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и
лазерной хирургии,
УЗ "Минская областная клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Долгое время глубокие участки тонкой кишки оставались желанными и в то же время труднодоступными для диагностики новообразований как для эндоскопистов, так и для хирургов. И только с внедрением в клиническую практику двухбаллонной энтероскопии (ДБЭ) стало возможным осуществление осмотра тонкой кишки на всем ее протяжении, выполнение биопсии и проведение эндоскопического удаления полипов.

Цель. Показать возможность и эффективность ДБЭ в диагностике и лечении доброкачественных эпителиальных новообразований тонкой кишки.

Материалы и методы. За период с марта 2009 года по май 2010 года проведена ДБЭ у 5 пациентов с подозрением на наличие доброкачественных эпителиальных новообразований тонкой кишки. Среди них было 4 женщины и 1 мужчина. Возраст больных составил от 23 до 58 лет. Исследование проводилось с помощью двухбаллонного энтероскопа EN - 450P5 (наружный диаметр 8,5 мм, диаметр инструментального канала 2,2 мм). Все эндоскопические вмешательства выполнены в плановом порядке в условиях операционной. Эндоскопическая полипэктомия проводилась с помощью диатермической петли и лазерной установки МУЛ. При наличии больших полипов на ножке и на широком основании выполнялась лапароскопически или интраоперационно ассистированная эндоскопическая полипэктомия.

Результаты и обсуждение. За анализируемый период нами было предпринято 10 исследований тонкой кишки у 5 пациентов с подозрением на наличие доброка-

чественных эпителиальных новообразований тонкой кишки. Из них антеградных (пероральных, верхних) выполнено 9 энтероскопий: диагностических - 5, лечебных - 4; ретроградных (трансанальных, нижних) - 1 диагностическая. В 1 (1,1%) случае выполнить исследование в запланированном объеме не удалось из-за резкой деформации просвета кишки извне, вызванной массивным спаечным процессом после перенесенных обширных операций на органах брюшной полости. Вначале проводили диагностическую энтероскопию со взятием материала для морфологической верификации полипа. После получения гистологического заключения проводили эндоскопическую полипэктомию в условиях операционной. Эпителиальные образования тонкой кишки были обнаружены у 4 из 5 пациентов: у 1 - полипоз тонкой кишки сочетался с полипозом желудка (гистологическое заключение - ворсинчатые аденомы тонкой кишки с дисплазией 1-2 ст), у 2 - с диффузным семейным полипозом толстой кишки (гистологическое заключение - тубулярные аденомы тонкой кишки с дисплазией 2-3 ст) и у 1 - имел место изолированный полипоз тонкой кишки (гистологическое заключение - тубулярные аденомы) - эта пациентка в анамнезе дважды оперирована по поводу инвагинационной тонкокишечной непроходимости, обусловленной полипами. Размер полипов у 2 пациентов варьировал от 0,5 см до 3,5 см (на длинных ножках и на широком основании), а у 2 - были плоские стелющиеся полипы до 0,6-0,8 см.

Лазерная вапоризация плоских полипов тонкой кишки выполнена у 1 пациентки, оперированной по поводу диффузного семейного полипоза. В 1 случае при выраженном спаечном процессе в результате ранее перенесенных операций лазерную вапоризацию и электроэксизию полипов при верхней энтероскопии производили под лапароскопическим контролем, последовательно рассекая спайки и расправляя тонкую кишку. У 2 пациентов выполнена эндоскопически ассистированная интраоперационная полипэктомия: в 1 случае через еюнотомическое отверстие кишки под строгим визуальным контролем с помощью диатермической петли удалено 5 полипов размером от 2,5×1,0 см до 3,5×1,5 см, из просвета извлечены. При удалении этих полипов в некоторых местах отмечалось побеление серозной оболочки, по поводу чего были дополнительно наложены узловые швы. Через 10 месяцев выполнена контрольная ДБЭ - полипов в тонкой кишке не выявлено. Во 2 случае при сочетанном поражении тонкой и толстой кишки при лапаротомии под визуальным контролем через энтероскоп первым этапом произвели удаление полипов тонкой кишки, а затем выполнили субтотальную колэктомию. Все больные в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Выводы. Опыт использования ДБЭ показывает, что данная новая методика позволяет осуществлять активный доступ в глубокие отделы тонкой кишки, обеспечивая высокоэффективную визуальную диагностику эпителиальных новообразований, прицельное взятие материала для морфологического исследования и возможность проведения лечебных вмешательств.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХБАЛЛОННОЙ ЭНТЕРОСКОПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Воробей А.В., Лагодич Н.А., Орловский Ю.Н., Борсук А.Д., Ивашко М.Г., Александров С.В., Лой А.В., Сенкевич О.И.
ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии,
УЗ "Минская областная клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Долгое время тонкая кишка оставалась "белым пятном" в отношении диагностики на карте желудочно-кишечного тракта как для эндоскопистов, так и для хирургов с гастроэнтерологами. Представления о макроскопических изменениях тонкой кишки были ограничены из-за трудностей их прижизненной диагностики. Лечебные эндоскопические вмешательства выполнялись редко и лишь во время интраоперационной интестиноскопии. Тонкая кишка вообще считалась эндоскопически "скучным" органом. Но с внедрением в клиническую практику двухбаллонной энтероскопии (ДБЭ) взгляд на проблему поменялся.

Цель. Сообщить о результатах проведения диагностической и лечебной ДБЭ у пациентов с подозрением на патологию тонкой кишки различной этиологии, а также при заболеваниях панкреато-билиарной системы после ранее перенесенных реконструктивных операций на желчевыводящих путях.

Материал и методы. В РЦ РХГ, КП с марта 2009 года по май 2010 года проведена ДБЭ у 44 пациентов. Среди них было 22 мужчины и 22 женщины. Возраст больных составил от 20 до 69 лет. При антеградной энтероскопии максимально удалось осмотреть до 450 см тонкой кишки, при ретроградной до 250 см. Общая продолжительность исследования составила от 30 до 150 минут, составив в среднем 90 ± 10 минут. Показаниями для выполнения двухбаллонной энтероскопии были: гастроинтестинальные кровотечения неясной этиологии, эпителиальные новообразования желудочно-кишечного тракта, синдром раздражённой кишки, болезнь Крона, подозрение на целиакию, опухоль подвздошной кишки, хронический абдоминальный болевой синдром, стриктура гепатикоеюноанастомоза на петле по тощей кишки, холангиолитиаз у больного с резекцией желудка по Б-2, стриктура панкреатоцистоеюноанастомоза. Исследования проводились с помощью двухбаллонного энтероскопа EN - 450P5 (наружный диаметр 8,5 мм, диаметр инструментального канала 2,2 мм).

Результаты и обсуждение. За анализируемый период нами было предпринято 55 исследований с использованием двухбаллонной энтероскопии (54 плановые, 1 срочная) тонкой кишки. Из них антеградных выполнено 45 энтероскопий, ретроградных - 10. У 5 пациентов выполнена антеградная и ретроградная энтероскопия. Патологии не выявлено у 6 (13,6%) пациентов. Причиной неудач у 3 (6,8%) пациентов явилась резкая деформация просвета тонкой кишки извне, вызванная массивным

спаечным процессом после перенесенных обширных операций на органах брюшной полости. В ходе проведенной ДБЭ источник кровотечения был выявлен у 9 из 10 пациентов: артериовенозная мальформация диагностирована у 8 пациентов, а у 1 пациента - катаральный энтерит с геморрагическими эрозиями. Эпителиальные доброкачественные новообразования тонкой кишки были обнаружены у 4 из 5 пациентов. После проведенной морфологической верификации полипов с помощью диатермической петли и лазерной установки МУЛ выполнена эндоскопическая полипэктомия. При полипах больших размеров (до 3,5 см) полипэктомия производилась при лапароскопически-ассистированной и интраоперационной энтероскопии. Диагноз болезни Крона выставлен у 5 пациентов (из них у 1 подозревалась опухоль подвздошной кишки, ещё у 1 целиакия, осложнённая лимфомой, у 2 пациентов был хронический абдоминальный синдром и 1 пациент - с диареей неясного генеза). Гистологическое подтверждение диагноза получено у 3 пациентов. Оперативное лечение выполнено у 1 пациента с клиникой тонкокишечной непроходимости. В разные сроки после реконструктивной операции на желчевыводящих путях 17 пациентам был проведен антеградный осмотр гепатикоеюноанастомоза (ГЕА) через петлю тощей кишки. Осмотреть зону ГЕА удалось у 8 (47%) пациентов, у 4 из них удалось выполнить ДБЭ - холангиографию. В 5 случаях стриктура ГЕА подтвердилась, при чём в одном случае удалось визуализировать рубцовосуженное до 0,1-0,2 см устье ГЕА, используя методику акваэндоскопии.

Выводы. Опыт использования ДБЭ показывает, что труднодоступные участки желудочно-кишечного тракта стали доступны для диагностики и возможности проведения не только морфологической верификации диагноза, но и ряда лечебных эндоскопических процедур; дальнейшее освоение метода позволит расширить показания к малоинвазивным вмешательствам при "хирургических" заболеваниях тонкой кишки; а накопление опыта и наличие адекватного оснащения к энтероскопу позволит довести диагностическую эффективность ДБЭ-визуализации ГЕА и ретроградной ДБЭ-холангиографии до 60-94,4% и проводить в этой зоне лечебные эндоскопические вмешательства.

РОЛЬ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ КЛЕТОК КАХАЛЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ОБЪЕМА РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Воробей А.В., Тихон В.К., Высоцкий Ф.М., Махмудов А.М., Кузуров Г.П., Бондарь А.С., Грико С.М., Сенкевич О.И., Новаковская С.А., Арчакова Л.И.
ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии,
УЗ "Минская областная клиническая больница",
Институт физиологии Национальной Академии наук,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга - врожденная

аномалия развития, характеризующаяся отсутствием или недоразвитием нейронов толстой кишки. Термин "болезнь Гиршпрунга взрослых" используется в отношении пациентов старше 10 лет. Анатомически болезнь Гиршпрунга у взрослых подразделяется следующим образом: наданальная, ректальная, ректосигмоидная, субтотальная и тотальная формы (Воробьев Г.И., 1982 [1]). Основой диагностики болезни Гиршпрунга у взрослых является анамнез запоров, типичная ирригоскопическая картина, отсутствие ректоанального ингибиторного рефлекса, положительный ацетилхолинэстеразный тест при биопсии слизистой прямой кишки. Наиболее часто используются следующие варианты хирургического лечения: операция Свенсона (абдоминопериданальное низведение), операция Дюамеля (ретроректальное трансанальное низведение), операция Соаве (эндоректальное низведение), низкая передняя резекция + колэктомия (D. State), различные модификации низкой передней резекции, задняя аноректальная миктотомия по Линну [2].

К недостаткам наиболее часто применяемых методов хирургического лечения можно отнести: повреждение тазовых нервов и сфинктеров прямой кишки при операции Свенсона, сложность выполнения трансанальной демукозации у взрослых при операции Соаве и анальная инконтиненция после нее; при операции Дюамеля - сохранение зоны аганглиоза, задержка каловых масс в культе прямой кишки, несостоятельность и стриктура термилоатерального анастомоза, повреждение внутреннего анального сфинктера.

Роль интерстициальных клеток Кахаля (ИКК) как пейсмекеров перистальтики выявлена в 80-е годы XX века. Основными методами изучения ИКК являются электронная микроскопия, иммуногистохимия с использованием антител к c-kit.

Цель. Определение оптимального объема резекции толстой кишки при болезни Гиршпрунга у взрослых с учетом пейсмекерной функции ИКК в моторике толстой кишки.

Материалы и методы. С 1974 по 2009 гг. на базе кафедры хирургии БелМАПО в Минской областной клинической больнице оперировано 63 пациента с болезнью Гиршпрунга. Из них у 55 диагностирована болезнь Гиршпрунга, у 8 - идиопатический мегаколон (гипо-, аганглиоз не подтвержден). Наиболее частая форма болезни Гиршпрунга - ректальная (93,6%). Для сравнительной оценки и анализа эффективности оперативного лечения пациенты разделены на 3 группы. Резекция аганглионарной зоны с анастомозами (1 группа, 1974 - 2001г) (операции Свенсона, Дюамеля, Соаве и др.) выполнено 36 пациентам (болезнь Гиршпрунга у 28). В этой группе умер один пациент (1,6%) от гнойно-септических осложнений после операции Свенсона. Резекция ободочной кишки с концевой колостомой на первом этапе (2 группа, 2001 - 2008 гг.) - у 15 пациентов. С 2009 года при этой патологии начали выполнять субтотальную колэктомию, мезорэктумэктомию, аппендэктомию, аппаратный цекорезервуарно-анальный анастомоз с превентивной проксимальной илеостомой (основная группа, 2008 - 2009 гг.) у 9 пациентов. Выполнялось электронно-микроскопическое исследование ИКК в препаратах толстой кишки.

Результаты и обсуждение. В основной группе хорошая анальная континенция (классификация Wingspread) получена у 72,2%, эректильной дисфункции у оперированных мужчин не выявлено (26-29 баллов по ПЕФ). Увеличение объема резекции толстой кишки обосновано новыми патогенетическими фактами: значительное снижение количества ИКК при электронной микроскопии не только в аганглионарной зоне, но и в проксимальных отделах толстой кишки.

Выводы. Таким образом, основными патогенетическими факторами при болезни Гиршпрунга у взрослых являются: врожденное отсутствие или снижение количества ганглиозных клеток в прямой кишке и приобретенная деструкция ИКК в проксимальных отделах толстой кишки.

Литература:

1. Воробьев, Г.И. *Болезнь Гиршпрунга у взрослых: практическое рук.* / Г.И. Воробьев, С.И. Ачкасов. - М.: Литтера, 2009. - 256 с.
2. *Hirschsprung's disease in adults: report of a case and review of the literature* / M. Miyamoto [et al.] // J. Nippon. Med. Sch. - 2005. - Vol. 72, N 2 - P. 113.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ПРОКТОЛОГИИ

Гольшико П.В., Жандаров К.Н., Савицкий С.Э.,
Пыжевский И.В., Мицкевич В.А., Гузаевский Ю.Н.,
Ушкевич А.Л.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
УЗ "ГОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Геморрой - наиболее часто встречающаяся патология в колопроктологии. Удельный вес в общей структуре заболеваний прямой кишки составляет 40%. Геморроем болеют около 12-14 человек на 100. Хирургическая тактика в лечении хронического геморроя является довольно агрессивной, создает неудобства в послеоперационном периоде, требует введения обезболивающих средств, длительного пребывания в стационаре и длительной временной нетрудоспособности. Анальный зуд - патологическое состояние, характеризующееся упорным зудом в области заднего прохода. Он бывает первичным или идиопатическим и вторичным, возникающим на фоне таких заболеваний, как геморрой, анальная трещина, глистные инвазии и др. Различают острый и хронический анальный зуд. Для острого характерно внезапное начало, местные изменения кожи по типу влажной экземы с мацерацией, со следами расчесов, гипертрофией перианальных складок. При хроническом зуде, наоборот, начало медленное, кожа чаще сухая, истонченная, следов расчесов нет. Анальная трещина представляет собой дефект стенки заднепроходного канала длиной до 2-2,5 см, располагающийся в радиальном направлении. Различают как острые, так и хронические анальные трещины. Острая трещина имеет гладкие ровные края. При хронической трещине происходит

разрастание соединительной ткани, а в тканях, окружающих ее, развиваются воспалительные и трофические изменения. В области внутреннего и наружного краев появляются анальные бугорки. Традиционное лечение не всегда приводит к желаемому результату и заболевание часто рецидивирует. Благодаря развитию новых технологий появилась возможность лечения малоинвазивными методиками, к которым и относится инфракрасная фотокоагуляция (ИФ) - лазерное излучение.

Цель. Определение эффективности и преимущества применения ИФ в лечении проктологических заболеваний.

Материал и методы. В УЗ "Гродненская областная клиническая больница" выполнено ИФ 35 пациентам с хроническим геморроем. Женщин было 16, мужчин - 19. Средний возраст 46 лет. Среди них у (62%) пациентов была диагностирована 1 стадия, у (38%) - 2 стадия заболевания. Также проведено лечение 12 пациентам с анальным зудом и 15 больным с анальной трещиной с использованием ЛИ. Женщин было 14, мужчин - 13. Средний возраст от 35 до 68 лет. ИФ проводилась отечественным лазерным медицинским аппаратом "ФОТЭК ЛК-50-2", с длиной волны 1,064 мкм, мощностью 5-50 Вт.

Результаты и обсуждение. Средний койко-день составил 2,4 дня. Средние сроки временной нетрудоспособности пациентов трудоспособного возраста составили 9 дней. В послеоперационном периоде не требовалось назначения наркотических анальгетиков. Практически у всех пациентов получен хороший результат, что проявилось в полном купировании симптомов. А одному, из-за продолжающихся геморроидальных кровотечений, лечение дополнено лигированием латексными кольцами.

Выводы. Данная методика удовлетворительно переносится пациентами, минимизирует болевой синдром и дискомфорт, что позволяет им вести привычный образ жизни во время лечения. Основными преимуществами ИФ являются улучшение качества лечения, сокращение сроков оперативного вмешательства и пребывания больных в стационаре, сокращение сроков реабилитации, что влечет за собой экономическую выгоду.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Денисенко В.Л., Фролов Л.А., Хмельников В.Я.,
Смирнов В.К., Бухтаревич С.П.
УЗ "Вторая Витебская областная клиническая
больница",
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Трансальную эндоскопическую микрохирургию (ТЭМ) при удаленных доброкачественных опухолей прямой кишки предложил G. Buess в 1982 году [1]. С помощью данного метода возможно

удаление новообразований ниже- и среднеампулярного отделов прямой кишки вместе с подслизистым слоем. Основную патологию, которую можно лечить с помощью трансанальной эндоскопической микрохирургии - это "большие" (более 3 см в диаметре), стелющиеся и малигнизированные ворсинчатые опухоли. Необходимо отметить, что данные опухоли эндоскопически удалить невозможно (учитывая их размеры) или после эндоскопического удаления возникают рецидивы [1]. Трансанальная эндоскопическая микрохирургия не приводит к возникновению каловых свищей, остеомиелита крестца, абсцессов параректальной области. Учитывая результаты применения трансанальной эндомиохирургии за рубежом при лечении опухолей прямой кишки, можно говорить о высокой эффективности данного метода, что позволяет уменьшить экономические затраты и улучшить качество жизни пациентов.

Цель. Оценить первый опыт применения трансанальной эндоскопической микрохирургии при лечении опухолей прямой кишки.

Материал и методы. Поиск малотравматичного и радикального метода удаления опухоли прямой кишки привел к внедрению в клинику трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ). Проведен анализ результатов лечения у 6 пациентов (3 мужчин и 3 женщин) с опухолями прямой кишки, находившихся на лечении в проктологическом отделении УЗ "Вторая Витебская областная клиническая больница" с марта по апрель 2010 г. Возраст пациентов в среднем составлял 59±10 лет. Всем пациентам были выполнены: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, цито- и гистологическое исследование образований. В 5 случаях при гистологическом исследовании выявлена тубулярная аденома, в 1 случае - аденокарцинома. При проведении операции укладка пациентов на операционном столе стандартная, как при операциях на промежности и прямой кишке. Оперативные вмешательства пациентам выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Проводили 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. В месте расположения опухоли создавали экспозицию и фиксировали ректоскоп с помощью специального штатива к операционному столу. Высокочастотным электрокоагулятором маркировали границы иссечения. От опухоли отступали на 3-5 мм. Иссекали опухоли в пределах маркированной границы единым комплексом с подслизистым слоем. Рану промывали 0,05% - раствором хлоргексидина биглюконата. Дефект слизистой восстанавливали в поперечном направлении непрерывным швом, используя Polysorb 3/0, затем извлекали операционный ректоскоп и вводили в просвет прямой кишки тампон с мазью "Левомеколь". Операции продолжались от 60 до 90 минут.

При удалении аденокарциномы проводилась экспрессбиопсия, при которой злокачественных клеток по зоне резекции не обнаружено. Гистологическое исследование удаленных образований не имело расхождений с предоперационными - в 5-ти случаях тубулярная аденома, в 1-ом - аденокарцинома.

В послеоперационном периоде у всех пациентов не применяли наркотические анальгетики. Через 12 часов после оперативного вмешательства больных активизировали. В назначениях, в обязательном порядке, оставались препараты, регулирующие дефекацию, антибиотикотерапия, антигистаминные препараты. Продолжительность лечения в стационаре составила в среднем 5 койко/дней.

Выводы. Полученные результаты позволяют нам оценить методику трансанальной эндомиохирургии как эффективный способ лечения опухолей прямой кишки. Данный метод позволяет удалять опухоль в пределах здоровых тканей, при этом является щадящим и не изменяет анатомических структур прямой кишки.

Литература:

1. Buess, G. *Die transanale endoscopische Rectumoperation* / G. Buess, R. Theiss, F. Hutterer // *Leber Magen Darm.* - 1983. - Vol. 13. - P. 73-77.
2. Buess, G. *Technique of microsurgery* / G. Buess, K. Kipfmüller, D. Hack // *Surg. Endosc.* - 1988. - Vol. 2 - P. 71-76.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА

Джавадов Э.А., Курбанов Ф.С.

Научный центр хирургии им. акад. М.А.Топчибашева, ГКБ №5,

г. Баку, Азербайджанская республика, Российский университет Дружбы народов, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Хронический колостаз широко распространен, встречаемость составляет 30-40% взрослого трудоспособного населения. Частой причиной развития хронических запоров является удлинение толстой кишки (долихоколон).

Цель. Оценка хирургической коррекции хронического запора у больных с долихоколон.

Материал и методы. За период с 2001 по 2009 годы операции по поводу коллогенного запора на фоне долихоколон были выполнены 59 больным, в том числе 10 мужчинам и 49 женщинам в возрасте от 15 до 69 лет. Все больные отмечали редкость эвакуации содержимого кишки (два и менее раз в неделю) и отделение при дефекации малого количества кала. Продолжительность заболевания колебалась от полугода до 47 лет (ср. - $13,5 \pm 1,4$ лет). Более 65% больных предъявляли жалобы на хронические запоры в течение 10 лет и более. Частота опорожнения кишки, в среднем, составила $11,9 \pm 1,1$ суток (от 5 до 30 суток).

Обоснование диагноза было основано на данных ирригоскопии, колоноскопии и времени кишечного транзита. Время кишечного транзита колебалось от 48 до 96 и более часов, при этом время транзита более 96 часов отмечали 62,9% больных. Среднее время транзита составило $88,5 \pm 5,4$ часов.

В предоперационном периоде 90,6% больных длительное время лечились консервативно в течение 1 - 15 лет без существенного эффекта. У многих больных к

моменту операции не было самостоятельного опорожнения без медикаментозной поддержки. Неэффективность консервативного лечения послужила основанием к выполнению хирургического вмешательства.

Результаты и обсуждение. Колэктомия, илеоректостомия была выполнена 31 больному, Субтотальная колэктомия - 16 больным, гемиколэктомия - 7 больным, резекция сигмовидной кишки - 5 больным. Сочетанные операции, обусловленные наличием сопутствующих заболеваний или развившихся осложнений, потребовались 7 больным.

Интраоперационные кровотечения были у двух больных (3,4%). Источниками явились рана селезенки (потребовалась спленэктомия) и отошедшая лигатура с нижней брыжеечной артерии. Еще у трех больных осложнения развились в раннем послеоперационном периоде (5,1%). В одном случае через 5 суток после операции потребовалась релапаротомия, ушивание дефекта тощей кишки. В другом - ранний послеоперационный период осложнился развитием разлитого серозного перитонита, была выполнена санация и дренирование брюшной полости. У третьего больного сформировался абсцесс левого бокового канала, что потребовало его вскрытия и дренирования.

Хороший и удовлетворительный отдаленный результат лечения был у 54 больных (93,2%), неудовлетворительный - у 5 больных. У этих больных, при наблюдении в течение 5 лет после вмешательства (субтотальная колэктомия у 3, резекция сигмовидной кишки у 2 больных) сохранялись симптомы запора, предъявлялись жалобы на плотный или твердый стул не чаще 2-3 раз в неделю, оставалась потребность в соблюдении диеты и приеме медикаментов. Основными причинами неудовлетворительных результатов явились недооценка анамнестических данных и результатов обследования и, как следствие, недостаточные объемы резекции или недоучет признаков аноректальной обструкции.

С нашей точки зрения, принципиальным следует считать то обстоятельство, что не удлинение толстой кишки, а формирование на этом фоне клиники хронического запора и неэффективность консервативного лечения, является показанием к вмешательству. В настоящем исследовании у большинства больных мы выполнили колэктомию и ни в одном случае не встретились с неудовлетворительными результатами в отдаленные сроки после вмешательства. Негативные результаты были получены лишь у больных с ограниченными (в том числе субтотальными) резекциями. Таким образом, проблема хронического толстокишечного стаза актуальна и решение ее может быть обеспечено выработкой адекватной тактики лечения, в том числе хирургического.

Тотальная колэктомия, илеоректостомия должна широко использоваться для хирургической коррекции хронического колостаза, обусловленного долихоколон. Оперативному лечению должно предшествовать полноценное обследование для исключения иных причин хронического колостаза.

ЛЕЧЕНИЕ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ СПОСОБОМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКТОПЕКСИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСПЛАНТАТА

Жандаров К.Н., Гольшико П.В., Батаев С.А.,
Пыжевский И.В., Мицкевич В.А.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
УЗ "ГОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В современной проктологии, несмотря на существование множества классических и постоянное внедрение новых методов хирургического лечения, заболевания тазового дна, в частности, выпадения прямой кишки, остаётся актуальным вопросом хирургической проктологии, что связано с большой распространённостью данного заболевания и отсутствием универсального метода лечения.

Цель. Улучшение результатов лечения и качества жизни больных страдающих выпадением прямой кишки.

Материал и методы. В последние годы преимущество отдаётся лапароскопической ректопексии с использованием сетчатого трансплантата в различных модификациях.

На базе проктологического отделения Гродненской областной клинической больницы больной с выпадением прямой кишки выполнена операция лапароскопической ректопексии с использованием сосудистого протеза ПТПЛ-76 производственного объединения "Север" по разработанной кафедрой методике (или ПТФЭ Б20-10-10-40, "Экофлон", Санкт-Петербург).

В ходе операции была выделена прямая кишка до леваторов, к боковым стенкам которой отдельными швами были фиксированы бранши протеза, проксимальные концы которых поочерёдно были фиксированы к связкам мыса крестца с помощью герниостеплера, отдельными швами была восстановлена брюшина.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде осложнений не было. Больная была осмотрена через 3 месяца, эпизодов повторного выпадения прямой кишки не было. Субъективно результатами лечения больная довольна

Выводы. Использование сосудистого протеза ПТПЛ-76 производственного объединения "Север" (или ПТФЭ Б20-10-10-40, "Экофлон", Санкт-Петербург) теоретически имеет преимущества перед классической пластикой сетчатым трансплантатом: гофрированные бранши протеза более эластичны и создают так называемый запас подвижности, что не вызывает дискомфорта и болей в дальнейшем.

СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОЛЬПОЦЕРВИКОПЕКСИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НАДВЛАГАЛИЩНОЙ АМПУТАЦИИ МАТКИ

Жандаров К.Н., Гольшико П.В., Батаев С.А.,
Пыжевский И.В., Мицкевич В.А.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
УЗ "ГОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на существование большого числа способов лечения и хирургических методов коррекции, внедрение новых, в том числе лапароскопических видов пластики, проблема лечения пролапса тазовых органов, в том числе выпадение/опущение стенок влагалища, остаётся весьма актуальной.

Цель. Продемонстрировать собственный опыт лечения 2-х пациенток с опущением задней стенки влагалища в комбинации с ректоцеле 1-й степени, после перенесенной ранее надвлагалищной ампутации матки.

Материал и методы. На базе проктологического отделения УЗ "ГОКБ" были прооперированы 2 пациентки с опущением задней стенки влагалища в комбинации с ректоцеле 1-й степени. В обоих случаях был применён способ лапароскопической кольпоцервикопексии по разработанной кафедрой методике.

В ходе операции был выполнен висцеролиз после предыдущей операции, рассечена брюшина между прямой кишкой и задней стенкой влагалища, которая была выделена тупо и с помощью коагуляции, затем была отсепарована брюшина в области мыса крестца, после чего 2-мя отдельными швами нитью "Darvin 1-0" над лоном выполнена кольпоцервикопексия за культю шейки матки и заднюю стенку влагалища (в обоих случаях длина влагалища позволила это выполнить без значительного натяжения) и за место прикрепления связочного аппарата в области мыса крестца.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде осложнений не было. Больные были осмотрены через 3 месяца. Эпизодов повторного опущения задней стенки влагалища не было. Субъективно результатами лечения больные довольны. Неприятных ощущений и дискомфорта не отмечали.

Выводы. Преимущество метода в простоте его выполнения, отпадает надобность в использовании сетчатых трансплантатов, устраняются неприятные ощущения, дискомфорт связанные с данной патологией.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Жандаров К.Н., Гольшико П.В., Савицкий С.Э.,
Пыжевский И.В., Ушкевич А.Л., Мицкевич В.А.,
Гузаевский Ю.Н., Батаев С.А.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
УЗ "ТОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель. Показать необходимость и возможность более широкого внедрения лапароскопических операций в различные сферы колопроктологии.

Материал и методы. В течение 1 года (с августа 2009 г. по май 2010 г.) в колопроктологическом отделении УЗ "Гродненская областная клиническая больница" с применением лапароскопической техники выполнено более 38 операций при различной колопроктологической патологии: колопексия при колоптозе (3), резекция сигмовидной кишки при мегадолихосигме (5), реконструктивно-восстановительная операция при сигмостоме (4), резекция нисходящей и сигмовидной кишки при злокачественных новообразованиях (10), левосторонняя гемиколэктомия (3), правосторонняя гемиколэктомия (2), передняя резекция прямой кишки (2), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (2), резекция поперечно-ободочной кишки (1), ректопексия с цервикопексией (2) и операции при ректоцеле по разработанной в клинике методике (4).

Все операции проводили под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами. Для обработки крупных сосудов использовали клипирование, лигирование и диатермокоагуляцию. При резекции кишки применяли линейные степлеры и для наложения анастомозов использовали циркулярные степлеры "ETHICON ENDO-SURGERY Inc". Средняя продолжительность лапароскопических операций составила от 60+20 минут при колопексии, от 60 минут до 2,5-4,5 ч при левосторонней гемиколэктомии и реконструктивно-восстановительных вмешательствах после операции Гартмана. Резекцию сигмовидной, нисходящей толстой кишки правостороннюю и левостороннюю гемиколэктомию, переднюю резекцию и брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки выполняли по стандартным методикам.

В клинике с 2010 года разработана и применяется оригинальная методика ректопексии при инконтиненции II-III степени, часто в сочетании с цервикопексией. Применяется лапароскопическая методика лечения ректоцеле с применением полипропиленового эксплантата в сочетании с ректопексией и цервикопексией.

Лапароскопические реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства у больных после операции Гартмана выполняли лапароскопически, а в сложных ситуациях при массивном спаечном процессе брюшной полости и короткой культе прямой кишки, дополнительно использовали "руку помощи". Резецированная толстая кишка удалялась через минилапаротомный доступ, образовавшийся после иссечения колостомы.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Послеоперационный период протекал у всех больных значительно легче, чем после лапаротомной операции. Основными преимуществами лапароскопической резекции перед традиционной "открытой" являются: снижение травматичности операции: уменьшение объема рассекаемых тканей и величины кровопотери; болевой синдром после операции существенно меньше; снижение вероятности развития осложнений таких, как эвентрация, нагноение послеоперационной раны и образование послеоперационных грыж. Практически со 2-х суток больные самостоятельно могут передвигаться, что является профилактикой тромбоэмболических осложнений и спайкообразования. На 2-3 сутки восстанавливается функция кишечника и начинается раннее кормление. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии на 4-7 сутки после операции. У больных после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки более длительное время сохранялся парез кишечника в связи, с чем они выписывались на 10-12 сутки.

Выводы. Практически весь спектр абдоминальных операций в колопроктологии возможно выполнять с применением лапароскопии. Применение лапароскопической техники при колопроктологических операциях имеют ряд преимуществ перед операциями при широкой лапаротомии, включая меньшую кровопотерю, быстрое восстановление моторики кишечника, раннюю активизацию, сокращение послеоперационного пребывания в стационаре, что в сумме приносит значительный экономический эффект. При дифференцированном подходе у больных с колостомой также возможно выполнение реконструктивных операций с применением лапароскопических технологий.

СПОСОБ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ МАЛИГНИЗИРОВАННЫХ ПОЛИПОВ КИШЕЧНИКА

Жандаров К.Н., Савицкий С.Э., Гольшико П.В.,
Черный А.В., Ушкевич А.Л., Авер В.Г., Андала С.П.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
УЗ "ТОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема своевременной диагностики и хирургического лечения доброкачественных заболеваний прямой и ободочной кишки в настоящее время приобрела большую актуальность в связи с ростом заболеваемости этой патологией в развитых странах, а также в связи со значительным ростом заболеваемости раком прямой и толстой кишки. Как известно, доброкачественные заболевания толстой кишки в значительном проценте случаев озлокачествляются, а индекс малигнизации ворсинчатых полипов составляет 40% (Г.И. Воробьев, 2006 г.)

Больным с тяжелой сопутствующей патологией оперативное вмешательство в объеме резекции толстой кишки

невозможно и сопряжено с высоким риском летального исхода, поэтому проведение малотравматичного эндоскопического удаления полипа с использованием фотодинамической терапии свидетельствует об актуальности данного способа. Недостатком обычной полипэктомии является высокая вероятность оставления малигнизированных клеток у основания полипа, что может способствовать возникновению рецидива.

Цель. Показать возможность проведения комплексной эндоскопической и фотодинамической терапии малигнизированных полипов толстой кишки у больных с тяжёлой сопутствующей патологией.

Материал и методы. Способ осуществляют следующим образом. Вокруг основания малигнизированного полипа (в 5 местах по периметру) через эндоскоп с помощью игольчатого инъектора вводят фотолон в дозе 1 мг. В последующем через 1 час эту зону эндоскопически с помощью световода обрабатывают инфракрасным излучением длиной волны 630 нм в течение 10 мин лазерным терапевтическим аппаратом "Родник 1". После этого через 6 часов производят электроэксцизию полипа. Предлагаемым способом пролечено 2 больных. У обоих выполнение радикальных операции в объёме резекции толстой кишки не представлялось возможным в связи с тяжестью сопутствующей патологии: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия, артериальная гипертензия, бронхиальная астма. Полипы располагались в сигмовидной кишке и нисходящей ободочной кишке 1,7 и 2 см. При биопсии полипов получены клетки аденокарциномы.

Результаты и обсуждение. У больных отсутствовал болевой синдром, не потребовалось введение обезболивающих наркотических средств после эндоскопического удаления полипов ФДТ. Больные были выписаны на 2 сутки. При контрольном обследовании через 3, 6, 9, 12 месяцев данных за прогрессирование заболевания, по результатам ФГДС, ФКС, УЗИ, R-гр., не выявлено. При биопсии слизистой из области ложа полипа клетки рака не обнаружены.

Выводы. Основными преимуществами способа по сравнению с резекцией кишки, гемиколэктомией являются малая травматичность, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре, времени реабилитации и возможность выполнения у больных с тяжёлой сопутствующей патологией.

В отличие от классической эндоскопической полипэктомии при дополнении ФДТ, происходит более радикальное удаление опухоли, за счёт накопления фотосенсибилизатора в поражённых опухолью клетках, активирующегося низкоинтенсивным лазерным излучением с последующей их гибелью. Это приводит к увеличению безрецидивного периода и продолжительности жизни.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ: КОНСЕРВАТИВНОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Андреев П.С., Каторкин С.Е., Чернов А.А.

ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет", НИИ неионизирующих излучений, г. Самара, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время отмечается высокая распространенность неспецифического язвенного колита (НЯК). Оперативные вмешательства необходимы у 10-20% пациентов. Частота осложнений при экстренных операциях достигает 60-80%, а летальность - 12-50% [1, 2, 3].

Цель. Улучшение результатов лечения больных с неспецифическим язвенным колитом.

Материал и методы. Проанализированы результаты консервативного и оперативного лечения 207 больных неспецифическим язвенным колитом (мужчин - 98 (47,3%), женщин - 109 (52,7%) в возрасте от 19 до 75 лет), находившихся на лечении в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии СамГМУ с 2004 по 2009 гг.

Тяжесть неспецифического язвенного колита оценивали по критериям J.G. Truelove и L.I. Witts (1955) с дополнениями Е.А. Белоусовой (2002). Легкая форма неспецифического язвенного колита была выявлена у 28 (13,5%) пациентов, среднетяжелая у 120 (58,0%), тяжелая у 59 (28,5%).

Дистальный колит выявлен у 71 (34,3%) пациента, левосторонний - у 74 (35,7%), субтотальный - у 24 (11,6%), тотальный - у 38 (18,4%) больных. Ранее 41 (19,8%) пациент был оперирован. Внекишечные проявления неспецифического язвенного колита отмечены у 38 (18,3%) больных. Осложнения наблюдали у 11 (5,3%) пациентов с неспецифическим язвенным колитом, а сопутствующие заболевания выявлены у 56 (27%). Гормонорезистентная форма была у 11 (5,3%), а гормонозависимая - у 7 (3,4%).

Результаты и обсуждение. Консервативное лечение оказалось эффективным у 183 (88,4%) пациентов и включало базисные (аминосалицилаты, кортикостероиды, иммуномодуляторы) и дополнительные препараты: при среднетяжелой и тяжелой формах - антибиотики широкого спектра действия и метронидазол. При среднетяжелой и тяжелой формах НЯК, а также при осложнениях назначали инфузионную терапию, симптоматическое лечение, в отдельных случаях проведение экстракорпоральной детоксикации. У 6 (2,9%) пациентов комплексное лечение дополняли прямой эндолимфатической терапией. Оперативное лечение считали показанным при тяжелых формах неспецифического язвенного колита, если эффект от комплексной консервативной терапии в течение 3 недель отсутствовал. Однако в каждом конкретном случае требовался индивидуальный подход. Оперировано 24 (11,6%) пациента, из них 8 (3,9%) по поводу осложнений неспецифического язвенного колита экстренно. При тяжелых распространенных формах неспецифического язвенного колита выполняли

различные варианты субтотальной резекции с формированием илео- (асцендо) стомы. При левостороннем поражении - левостороннюю гемиколэктомию с брюшно-анальной резекцией и трансверзостомией. Умерло 2 пациента (множественные перфорации толстой кишки, гнойный перитонит).

Выводы. 1. При тяжелых, распространенных формах НЯК необходима своевременная активная хирургическая тактика до развития осложнений.

2. При тяжелой форме НЯК и тотальном поражении оптимальным объемом следует считать колопроктэктомию с формированием илеостомы.

Литература:

1. Воробьев, Г. И. *Неспецифические воспалительные заболевания кишечника* / Г. И. Воробьев, И. Л. Халиф. - М.: Миклош, 2008. - 400 с.

2. *Колопроктология: монография* / Б. Н. Жуков [и др.]. - Самара: СамГМУ, 1999. - 132 с.

3. Эмирасланов, Ф. Л. *Эндолимфатическая антибиотико- и иммунокорректирующая терапия в профилактике послеоперационных осложнений при неспецифических заболеваниях толстой кишки: дис. ... канд. мед. наук* / Ф. Л. Эмирасланов. - Москва, 2007. - 134 с.

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ В ВЫБОРЕ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Золотко А.Е., Блувштейн Г.А., Позднышева Е.А.,
Яйлаханян К.С., Гришко А.Б.
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава,
г. Саратов, Российская Федерация*

Актуальность. В последние годы отмечается неуклонный рост онкологической заболеваемости в целом, и в том числе колоректальным раком. Рост заболеваемости наблюдается практически во всех возрастных группах, но особенно он выражен в группе больных пожилого и старческого возраста. Стереотипный подход к решению вопроса о лечении пожилого больного приводит часто к необоснованному отказу от операции, от проведения лучевой и химиотерапии, что связано с боязнью серьезных осложнений и смерти больных.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста колоректальным раком путём индивидуализации выбора объема оперативного вмешательства с помощью математического моделирования.

Материалы и методы. В исследовании использовались данные 284 пациентов пожилого и старческого возраста, поступивших в клинику факультетской хирургии и онкологии в период с 2000 по 2005 годы. Данные историй болезни были проанализированы сначала с помощью стандартных статистических методик, а затем, после выделения наиболее значимых признаков, последние были подвергнуты нейро-нечеткой обработки.

Необходимость разработки нейро-нечеткой модели анализа данных обусловлена неспособностью статистических методов к реализации неформализованных алгоритмов постановки диагноза, а также объективному представлению качественных переменных. Модель оценки критериев функциональной операбельности больных пожилого и старческого возраста с колоректальным раком, созданная с использованием нейро-нечетких технологий, учитывает взаимосвязь событий: исходные данные о больном (данные анамнеза, клинических, лабораторно-инструментальных и дополнительных методов обследования) - вид проведенного оперативного вмешательства (радикальная, паллиативная операции, симптоматическое лечение) - исход лечения (удовлетворительный или летальный). Она позволила прогнозировать вероятность развития осложнений, и, соответственно, выбирать оптимальный объем хирургического вмешательства.

Результаты и обсуждение. Результатом исследования стала компьютерная программа "Колопроктолог 1.4", адаптированная для использования в медицинских учреждениях и позволяющая выбрать адекватный объем оперативного вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста с колоректальным раком. После установки программы врачу необходимо внести в базу данных сведения о больном (оцениваются 20 признаков) и нажать клавишу "оценка". После этого на экране появляются данные о рекомендуемом объеме оперативного вмешательства. Программа предлагает один из трёх вариантов действий: радикальная операция, паллиативная операция, симптоматическая терапия. В нижней части экрана имеется предупреждение о том, что данная программа является вспомогательным инструментом в принятии решения об объеме оперативного вмешательства. Окончательный выбор делает оперирующий хирург с учетом всех факторов.

Данная программа была использована в ходе лечения 130 больных пожилого и старческого возраста с колоректальным раком, находившихся в клинике факультетской хирургии и онкологии СГМУ в 2008 году. Все 130 пациентов были разделены на 2 группы: больные, объем проведенного оперативного вмешательства которых совпадает с рекомендациями программы "Колопроктолог 1.4" (1-я группа) - 116 пациентов и больные, объем проведенного оперативного вмешательства которых не совпадает с рекомендациями программы "Колопроктолог 1.4" (2-я группа) - 14 пациентов.

Осложнения, наблюдавшиеся у пациентов в раннем послеоперационном периоде в первой группе - ректовезикальный свищ, пневмония (2 - 1,7%), во второй группе - несостоятельность культи кишки, перитонит; несостоятельность колостомы, параколостомическая флегмона; межпетельный абсцесс; эвентрация; мезентериальный тромбоз; ОССН; ПОП после паллиативного вмешательства (9 - 64,3%). Анализируя возникшие осложнения, мы выявили, что осложнения, приведшие к летальному исходу, наблюдались только во второй группе (6 пациентов).

Выводы. Таким образом, проведенные исследования, реализованные с помощью средств математической статистики, а также интеллектуальных средств анализа данных, показали, что для объективной оценки функцио-

нального состояния пациента необходимо использование интегрированного подхода к анализу данных.

Предложенная программа "Колопроктолог 1.4" позволяет вычислить достаточно оптимальный вариант объема хирургической помощи, тем самым снижая летальность и улучшая результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста колоректальным раком.

Литература:

1. Шапошников, А. В. *Принятие решения в хирургии: теоретические и прикладные аспекты* / А. В. Шапошников. - Ростов н/Д: РИЦ "Ва-Банк", 2003. - 150 с.

2. *Статистический и нейросетевой методы идентификации и прогнозирования в медицине* / Т. И. Булдакова [и др.] // *Информац. технологии*. - 2004. - № 3. - С. 60-63.

ПРИНЦИПЫ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ковалев А.И.

*Российский государственный медицинский университет,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Хирургический метод является основным при лечении опухолевых поражений толстой кишки. Результаты хирургического лечения во многом зависят от рационального выбора характера и объема оперативных вмешательств с учетом локализации и распространенности патологического процесса, а также общего состояния больного.

Цель. Улучшение результатов оперативных вмешательств при осложненном раке толстой кишки в комплексе с мерами реабилитационного воздействия в условиях хирургического стационара.

Материал и методы. В отличие от операций, выполняемых у больных в плановом порядке, хирургическая тактика при осложненном раке толстой кишки имеет свои особенности. В целом, она сводится к следующему: при любых осложнениях опухолевых поражений толстой кишки, а также при экстренно выполняемых операциях предпочтение следует отдавать многоэтапным оперативным вмешательствам. На первом этапе основной задачей является устранение возникшего осложнения и, по мере возможности, удаление самой опухоли, на втором этапе - восстановление естественного пассажа кишечного содержимого. Число больных, перенесших операции на толстой кишке с формированием колостомы, весьма значительно. Так, при осложненном раке толстой кишки, по данным нашей клиники, более 70% операций завершаются наложением колостомы. Под нашим наблюдением находилось 180 больных с колостомами в возрасте от 32 до 86 лет, из них 98 человек были трудоспособного возраста. Наиболее рациональными путями в решении проблемы клинической реабилитации больных с колостомами считали:

1) осуществление первичного оперативного вмешательства с максимально возможным созданием путей естественного отхождения кишечного содержимого (одномоментная операция);

2) формирование колостомы, позволяющее использование современных моделей калоприемников;

3) максимально допустимый отказ от пожизненного использования колостомы (даже при наличии отдаленных метастазов);

4) уменьшение сроков от наложения до закрытия колостомы;

5) назначение в послеоперационном периоде рациональной диетотерапии;

6) проведение психологической и социальной реабилитации.

Результаты и обсуждение. Формирование любого толстокишечного анастомоза осуществляли при соблюдении двух обязательных условий: адекватном кровоснабжении анастомозируемых отделов кишки и отсутствии натяжения тканей в зоне анастомоза. Реализация этих возможностей достигаются соблюдением ряда принципов: анастомозируемые отрезки кишки должны не только достигать друг друга, но и перекрывать их соприкосновение на 3-4 см; наложение толстокишечного анастомоза выполняется только двухрядным швом; при наложении низких анастомозов, по мере возможностей, следует использовать сшивающие аппараты. При наложении колостомы важное значение имеет выбор места и методики формирования колостомы. В настоящее время используются различные виды наложения колостом, однако всем им присущи общие ранние (острая кишечная непроходимость, эвентрация, некроз выведенного отрезка кишки, параколостомические абсцессы, нагноение раны, ретракция кишки) и поздние (стриктура, периколостомическая грыжа, выпадение кишки) послеоперационные осложнения, которые мы наблюдали у 26 пациентов с колостомами. Правильно сформированная колостома позволяет эффективно использовать после операции современные калоприемники. Они имеют ряд явных преимуществ: герметичность, надежность крепления, удобство при смене контейнеров, позволяющих больным вернуться к привычному образу жизни и вести его социально активно, включая и трудовую деятельность. Самым эффективным мероприятием, улучшающим качество жизни больного, имеющего кишечную стому, является ее ликвидация с восстановлением естественного пассажа кишечного содержимого. Основной проблемой показаний к подобной операции является определение сроков закрытия колостомы. Наш опыт позволяет считать оправданным сокращение сроков наличия колостомы до 2-6 месяцев. Данные сроки необходимы для восстановления резервных сил пациента и полной ликвидации воспалительных процессов в брюшной полости, что в целом снижает вероятность развития гнойно-септических осложнений во время проведения второго реконструктивного этапа операции.

Выводы. Успешное проведение восстановительно-реконструктивных операций у больных с колостомами зависит от комплекса мер, направленных на профилактику интра- и послеоперационных осложнений. В этот комплекс необходимо включать:

1) целенаправленную подготовку толстой кишки, позволяющую снизить ее микробную обсемененность и уменьшить проявления послеоперационного пареза;

2) до-, интра- и послеоперационную антибиотикотерапию (цефалоспорины III, IV, аминогликозиды, метрагил) для создания в зоне операции терапевтической дозы препарата;

3) использование швшающих аппаратов, уменьшающих продолжительность и травматичность операции и снижающих эндогенное инфицирование брюшной полости во время ее проведения;

4) применение способов активного дренирования зоны анастомоза и послеоперационной раны. При закрытии колостомы предпочтение отдают внутрибрюшинному способу как наиболее радикальному и эффективному. Основными его этапами являются:

1) ушивание колостомы;

2) выделение колостомы из окружающих тканей передней брюшной стенки (от кожи до брюшины);

3) лапаротомия и мобилизация прилежащих отделов толстой кишки из сращений;

4) резекция кишки вместе с колостомой;

5) наложение межкишечного анастомоза;

6) ушивание передней брюшной стенки.

Все вышеизложенное позволяет значительно улучшить качество жизни больных с данной патологией.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ И СИНХРОННОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

*Коровин А.Я., Гедзюн Р.В., Авакимян С.В., Ралка Б.В.
ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет
г. Краснодар, Российская Федерация*

Актуальность. Хронический толстокишечный стаз (ХТКС) - одно из наиболее распространенных заболеваний, и показания к его хирургическому лечению ставятся только при осложнённой форме декомпенсированного ХТКС. Пациенты с компенсированной и субкомпенсированной стадиями лечатся консервативно или не наблюдаются вовсе, а функциональная патология кишечника (ХТКС) возникает на 10 лет раньше органической (рак толстой кишки) [2]. Проблеме развития опухолей толстой кишки на фоне ХТКС посвящены немногочисленные публикации. Вместе с тем, существует определённая взаимосвязь между локализацией ХТКС и локализацией опухолевидных образований [1, 2].

Цель. Оценить результаты и особенности хирургического лечения больных с ХТКС и раком толстой кишки (РТК), обсудить причинную взаимосвязь ХТКС с развитием РТК.

Материал и методы. Наблюдали 122 пациента в возрасте от 31 до 72 лет с опухолями толстой кишки синхронно с ХТКС разных стадий. Больных женщин было 89 (73%), мужчин - 33 (27%). По локализации опухоли распределились следующим образом: слепая кишка - 6, восходящая ободочная кишка и печёночный изгиб - 9

(правосторонняя локализация 12,3%); селезёночный изгиб ободочной кишки - 19, нисходящая ободочная кишка - 12, сигмовидная кишка - 61 (левосторонняя локализация - 75,4%); опухоли ректосигмоидного отдела - 15 (12,3%). Всем больным выполнено хирургическое лечение и морфологическое исследование препаратов.

Результаты и обсуждение. ХТКС - одно из часто встречающихся заболеваний в колопроктологии, достигающее уровня 40%. Определённость в хирургической тактике при ХТКС присутствует, а абсолютные показания к хирургическому лечению возникают при осложнённых формах декомпенсированного ХТКС. Декомпенсированная стадия ХТКС выявляется у 38 - 42% пациентов и наряду с компенсированной и субкомпенсированной стадиями лечится консервативно. С другой стороны тщательное периодическое обследование толстой кишки затруднено, особенно на уровне локализации стаза. Морфологический контроль при этом заболевании ограничивается этапом дифференциальной диагностики - трансанальной биопсией по Свенсону. Существует определённая взаимосвязь между локализацией ХТКС и локализацией РТК. Выполнение одномоментных радикальных и условно радикальных операций считали возможным при компенсированной, субкомпенсированной стадиях ХТКС и соответствующей онкологической ситуации. В остальных случаях выполнялись радикальные и условно радикальные обструктивные и паллиативные операции. Правая и левая гемиколэктомия выполнены у 39 больных, резекции толстой кишки с колостомой - 48, паллиативные операции (декомпрессионные анастомозы, колостомы, илеостома) произведены у 35 пациентов. Восстановительные и реконструктивные операции выполнены 39 больным. Наряду с морфологическим подтверждением опухолевого процесса, в препаратах в подслизистом слое отмечались выраженные явления склероза, гипертрофия внутреннего и наружного мышечного слоёв, дистрофические изменения миоцитов. В 29,5% препаратов наблюдались очагово выраженные дистрофические изменения в клетках, ганглии без чётких границ цитоплазмы и ядра, увеличение количества глиальных элементов и редко признаки цитолиза и кариолизиса. Характерным для РТК в присутствии ХТКС явилось относительное увеличение числа низкодифференцированных форм РТК и преимущественным распространением эндифитных опухолей в подслизистом и мышечном слоях кишечной стенки. Послеоперационная летальность составила 13,9%. Причины летальных исходов экстраабдоминальные.

Выводы. Синхронно существующие ХТКС и РТК являются взаимоотношающимися, причём наиболее неблагоприятным является сочетание декомпенсированного толстокишечного стаза и РТК, осложнённого обтурационной непроходимостью. Имеющаяся взаимосвязь локализации стаза и опухолей толстой кишки заставляет относиться к ХТКС с онкологической настороженностью.

Литература:

1. Колоректальный рак / А. В. Воробей [и др.]; под ред. А. В. Воробья. - Минск: Зорны верасень, 2005. - 160 с.
2. Шемеровский, К. А. Возрастной риск запора и колоректального рака / К. А. Шемеровский // *Вестн. хирург. гастроэнтерол.* - 2008. - Т. 4. - С. 128-129.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Логаши Е.И., Русинович В.М., Рычагов Г.П., Гинюк В.А.
Городской центр колопроктологии,
УЗ "3-я городская клиническая
больница им. Е.В. Клумова",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Геморрой, осложненный частыми кровотечениями, является частым проктологическим заболеванием, резко снижающим качество жизни больных. Дифференцированный подход к выбору метода лечения и использование немедикаментозных методов лечебного воздействия позволяют достичь не только хороших отдаленных результатов, но и сократить реабилитационный период. Одним из таких способов лечения является метод фотодинамической терапии.

Цель. Разработать новую методику лечения геморроя с применением фотодинамической терапии (ФДТ).

Материал и методы. В работе использован фототерапевтический аппарат "Ромашка" на основе сверхъярких светодиодов. В качестве фотосенсибилизаторов использовался "Фотолон". Нами разработана следующая методика лечения геморроя, осложненного частыми кровотечениями. При кровоточащем геморрое через анальное зеркало в область геморроидального узла с помощью инсулинового шприца вводится фотосенсибилизатор - 0,5% раствор фотолон в объеме 1 мл. Не вынимая зеркала, проводится внутривидеальное контактное облучение неполяризованным светом узла аппаратом "РОМАШКА" $\lambda_{\text{изл}} = 405$ нм с экспозицией 3 минуты и плотностью мощности излучения 250 мВт/см^2 . Затем проводится воздействие светом $\lambda_{\text{изл}} = 630$ нм плотностью мощности излучения 300 мВт/см^2 с экспозицией 3 минуты. Пауза между воздействием различных длин света составляет минуту. Процедуры проводятся ежедневно. Курс лечения - 3-5 процедур на каждый геморроидальный узел.

Цель методики: вызвать склерозирование геморроидальных сосудов.

Проведено лечение 30 пациентам с хроническим геморроем II-III стадии

Результаты и обсуждение. У 25 пациентов с хроническим кровоточащим геморроем II-III стадии отмечено прекращение выделения крови, у 14 больных прекратилось выпадение геморроидальных узлов. У 85% больных хроническим геморроем комбинированная фототерапия была эффективной и заменила традиционное хирургическое лечение.

Выводы. Использование нового комплексного метода лечения пациентов с хроническим геморроем является эффективным. При его использовании отмечается купирование симптомов геморроя без применения дорогостоящего оперативного пособия, и без риска развития послеоперационных осложнений. Может применяться в амбулаторных условиях. Все это сокращает стоимость лечения пациентов с данной патологией.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Маскин С.С., Лопастейский Д.С., Карсанов А.М.,
Волгоградский государственный медицинский
университет,
г. Волгоград, Российская Федерация

Актуальность. Миниинвазивные технологии находят все большее применение в колоректальной хирургии. Однако до настоящего времени существуют ограничения более широкого использования данных технологий в хирургических, колопроктологических и онкологических стационарах. Актуальными являются вопросы оптимизации применения миниинвазивных технологий выполнения резекции различных отделов толстой кишки (ТК).

Цель. Оценить возможности и результаты миниинвазивных резекций толстой кишки.

Материал и методы. Миниинвазивные технологии резекции использованы нами у 13 больных с заболеваниями ТК. Было выполнено 8 лапароскопически ассистированных (ЛСА) радикальных операций: левая гемиколэктомия (ГКЭ) с колостомой (КС) - 1, резекция сигмы - 1, передняя резекция прямой кишки - 2, левая ГКЭ - 1, правая ГКЭ - 3. Из мини-доступа выполнено 5 резекций: правая ГКЭ - 4, передняя резекция прямой кишки с удалением КС (как 2-й этап). Возраст больных был от 40 до 82 лет. Радикальные ЛСА операции на ТК выполнены при: раке селезеночного изгиба - левая ГКЭ с КС; при долихосигме - резекция сигмы с десцендоректоанастомозом циркулярным степлером; при раке ректосигмоидного отдела - передняя резекция (2) выполнены с аппаратным сигмо-ректоанастомозом; при дивертикулите сигмы с дивертикулярной болезнью нисходящей ободочной кишки выполнена ЛСА левая ГКЭ с трансверзосигмоанастомозом циркулярным степлером; при раке восходящей ободочной кишки выполнили правосторонние ГКЭ (3), причем, ограничивались ЛС мобилизацией правой половины, а резекцию ТК и формирование илеотрансверзоанастомоза выполняли через минидоступ. Анастомозы выполнены однорядным непрерывным швом (ОНШ) нитями 4/0-5/0. Длительность операций - 120-380 мин., ЛС этапа 70-330 мин. В одном случае выполнили ЛС правую ГКЭ аппаратом Endo GIA 30.

Результаты и обсуждение. При раке селезеночного изгиба и ожирении и при раке печеночного изгиба из-за большого размера опухоли столкнулись с техническими трудностями лапароскопической мобилизации кишки. Осложнения возникли при первой операции у пациентки 60 лет - ограниченные поддиафрагмальный и тазовый абсцессы (излеченные пункционно под контролем УЗИ); еще в одном случае было нагноение минилапаротомной раны. Больные выписаны на 6-8 сутки. Всего нами было отобрано 54 пациента для ЛСА операций на ТК, из них только у 8 (14,8%) были выполнены. Ограничения для более широкого использования ЛСА резекций ТК были следующими: организационные трудности - подготовка кадров, эндоскопический инструмент и циркулярные степлеры, высокая себестоимость, "неготовность" к сотрудничеству колопроктологов и страховых компаний. Технические: подготовка кадров, возможность крово-

течения, длительность операций, проблемы радикальности онкологических операций - менее значительны и решаемы с накоплением опыта и технической оснащенности. Решение проблем возможно с более широким внедрением операций из мини-доступа. Нами выполнено 5 радикальных операций: 4 при раке правой половины ТК и 1 при раке ректосигмоидного отдела. Правые ГКЭ продолжались 90-110 минут, илеотрансверзоанастомозы формировали ОНШ максоном и сад-жипро 5/0; переднюю резекцию завершили десцендо-ректоанастомозом ЕЕА-31 (свищ анастомоза - излечен консервативно).

Выводы. Резекции ТК через мини-доступы расширяют возможности операций, снижают их стоимость, не влияя на результаты. Операции из мини-доступов также малотравматичны, как и ЛСА, но себестоимость их значительно ниже. Дальнейшая разработка вариантов применения мини-доступов и сочетание их с лапароскопической мобилизацией ТК, открывают перспективу более широкого использования миниинвазивных технологий в колоректальной хирургии.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭНТЕРО- И КОЛОСТОМ

*Матвийчук Б.О., Бочар В.Т.
Львовский национальный медицинский университет
имени Данилы Галицкого,
г. Львов, Украина*

Актуальность. Увеличение заболеваемости колоректальным раком и тенденция к более поздней обращаемости за медицинской помощью определяют частую первичную госпитализацию больных с осложненными формами рака [2]. При этом, в большинстве случаев, операция заканчивается формированием кишечной стомы. Уже само наличие стомы значительно снижает качество жизни (КЖ) больного, а возникновение того или иного её осложнения еще более существенно ухудшает этот показатель [1, 3].

Цель. Оценить КЖ пациентов с различными осложнениями энтеро- или колостом.

Материал и методы. Проведён анализ КЖ 30 стомированных пациентов (с энтеростомами было 9, с колостомами - 21) за период от 1 до 12 месяцев после формирования стомы. Больных разделили на 2 группы. В первую (основную) группу вошли 10 (33%) пациентов, у которых выявлено то или иное осложнение стомы. Осложнениями энтеростом были: тяжелый параилеостомический дерматит (2) и стриктура стомы (2); осложнениями колостом: стриктура стомы (3), параколостомическая грыжа (2) и пролапс колостомы (1). Вторую (контрольную) группу составили 20 пациентов, у которых никаких осложнений стомы не найдено. Для оценки КЖ использовали адаптированную украинскую версию общего опросника MOS SF-36, в котором предусмотрено проведение анкетирования пациентов по 8 различным шкалам: физического функционирования (ФФ), общего здоровья (ОЗ), психического здоровья (ПЗ), жизнеспособности (Ж), физической боли (Б), ролевого эмоцио-

нального функционирования (РЭФ), ролевого физического функционирования (РФФ) и социального функционирования (СФ). Расчеты проводили по формуле: [(реальное значение показателя) - (минимально возможное значение показателя): (возможный диапазон значений) x 100].

Результаты и обсуждение. После проведенных расчетов, у пациентов первой группы получили значительное снижение средних показателей по всех шкалах: ФФ - до 34,6%, ОЗ - до 35,7%, ПЗ - до 24,3%, Ж - до 17,0%, Б - 10,7%, РЭФ - до 11,2%, РФФ - 9,6%, СФ - 2,5%. Так, у пациентов с тяжелым параилеостомическим дерматитом, который сопровождался постоянным кожным зудом, трудностями при использовании калоприемников были самые низкие показатели по шкалам физической боли - 6,2% и социального функционирования - 5,4%. У больных со стриктурой стомы, наличие которой сопровождалось значительным нарушением её функции, болезненным актом дефекации, необходимостью частого пальцевого бужирования места сужения стомы, шкала физической боли соответствовала 5,1%, социального функционирования - 6,3%. Пациенты с пролапсом и параколостомическими грыжами, у которых основные проблемы связаны с невозможностью использования стандартных калоприемников, самые низкие баллы были по шкале социального функционирования (2,5%) и ролевого физического функционирования (7,3%). Средний результат у пациентов без осложнений стомы (контрольная группа) по шкалах ФФ был 66,9%, ОЗ - 63,3%, ПЗ - 42,8%. Более низкие показатели были по шкалах Ж - 29,8%, Б - 31,2% и РЭФ - 28,4%. Очень низкие показатели получили по шкалах РФФ - 17,5% и СФ - 5,7%.

Выводы. КЖ стомированных пациентов остается на очень низком уровне, а возникновение у них осложнений стомы снижает этот показатель практически в два раза. Поэтому, профилактика и адекватное лечение осложненной стомы, а, при возможности, своевременное проведение реконструктивно-восстановительной операции с ликвидацией энтеро- или колостом, являются ключевыми моментами реабилитации таких больных.

Литература:

1. Воробей, А. В. Местные осложнения постоянных энтеро- и колостом, их профилактика и лечение / А. В. Воробей, М. Щепковски // *Новости хирургии.* - 1996. - № 1. - С. 13-17.
2. Русин, В. І. Якість життя хворих, оперованих з приводу обструктивного раку товстого кишківника / В. І. Русин, С. М. Чобей // *Науковий вісн. Ужгород. ун-ту. Сер. Медицина.* - Вип. 34. - 2008. - С. 130-133.
3. Шевицова, З. І. Поліпшення якості життя хворих після оперативних втручань на ободовій кишці / З. І. Шевицова, В. В. Гапонов, А. В. Гапонов // *Буковин. мед. вісн.* - 2009. - Т. 3, № 4. - С. 265-267.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Можейко М.А., Батвинков Н.И.,
Жандаров К. Н., Пыжевский И.В.,
Мицкевич В.А., Василевский В.П., Лемеза С.С.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
УЗ "Гродненская областная клиническая больница",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время возрастает интерес к реконструктивно-восстановительным операциям на толстой кишке [2]. Это обусловлено тем, что при выполнении операций по поводу злокачественных новообразований, дивертикулярной болезни толстого кишечника, а также острой патологии брюшной полости, осложненных кишечной непроходимостью или перитонитом, хирурги вынуждены закончить хирургическое вмешательство наложением кишечной стомы. По данным разных авторов, от 40% до 60% радикально оперированных больных оказываются стомированными, что причиняет им моральные и физические страдания. Поэтому восстановление непрерывности толстой кишки имеет решающее значение для социальной и трудовой реабилитации больных [1].

Цель. Анализ причин формирования кишечных стом и оценка результатов хирургической реабилитации стомированных больных.

Материал и методы. В ГОКБ за период с 2006 по 2009 гг. произведено 35 реконструктивно-восстановительных операций. Среди больных было 10 (28,6%) женщин и 35 (71,4%) мужчин в возрасте от 32 до 77 лет, в среднем возраст составил 55,3 года. Восстановительные операции выполнены в сроки от 3 до 17 месяцев после перенесенной первичной операции. У 27 (77,1%) стома функционировала от 3 до 6 месяцев, у 8 (22,9%) более 6 месяцев. По видам стомы распределились: концевая илеостома - 11,4%, петлевая илеостома - 31,4%, петлевая сигмостома - 20%, петлевая трансверзостома - 8,6%, концевая сигмостома - 22,9%, раздельная двухствольная сигмостома - 5,7%. Причины формирования стом: опухоль толстой кишки - 17,1%, закрытые травмы живота - 11,4%, деструкция кишки при панкреонекрозе - 14,3%, огнестрельные и ножевые ранения живота - 8,6%, рецидивирующий мезентериотромбоз - 2,9%, болезнь Крона - 8,5%, заворот кишечника с некрозом - 5,7%, дивертикулярная болезнь - 8,6%, язвенный колит - 2,9%, ущемленные пупочные и бедренные грыжи с некрозом кишки - 5,7%, послеоперационная СКН - 8,5%, деструктивные формы аппендицита - 5,7%.

Результаты и обсуждение. Всем больным были выполнены реконструктивные операции с восстановлением непрерывности кишечника и наложением следующих видов анастомозов: подвздошно-толстокишечных - 25,7%, в 3/4 по Мельникову - 22,8%, толсто-толстокишечных - 42,8%, прямокишечно-толстокишечных - 5,8% и прямокишечно-толстокишечных с низведением ободочной кишки - 2,9%. 3 больным закрытие кишечной стомы выполнялось лапароско-

пическим методом с наложением анастомоза циркулярным швивающим аппаратом, остальным 32 больным ликвидация стом производилась с помощью лапаротомии. При выполнении реконструктивно-восстановительной операции у 40% больных выполнялась дополнительная мобилизация толстой кишки и резекция сегмента кишки, у 5,7% - гемиколонэктомия. Несостоятельности анастомоза не наблюдалось ни у одного больного. Наиболее частым осложнением после восстановительных операций явилось нагноение послеоперационной раны - 11,4% (двухствольные стомы), которое было в дальнейшем ликвидировано местными лечебными манипуляциями. Послеоперационная летальность составила 2,9%.

Выводы. Таким образом, индивидуальный подход к выбору наиболее приемлемого способа реконструктивно-восстановительной операции, оптимальные сроки выполнения, применение надежного вида межкишечного соустья, особенности ведения пред- и послеоперационного периода - основные проблемы, которые решаются практическими хирургами в каждом конкретном случае у данной категории больных.

Литература:

1. Воробей, А. В. Реабилитация больных с энтеростомами / А. В. Воробей // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1998. - № 3. - С. 68-75.
2. Севостьянов, С. И. Сравнение качества жизни больных, перенесших превентивную трансверзостомию и илеостомию / С. И. Севостьянов, С. В. Чернышов // Колопроктол. - 2006. - Т. 17, № 3. - С. 40-44.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТА ПРЯМОКИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ РЕКТО- И ЭНТЕРОЦЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА

Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н., Мицкевич В.А.,
Можейко М.А., Юцевич Г.В.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
УОЗ "Гродненская областная клиническая больница",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Ректоцеле с или без энтероцеле следует рассматривать как разновидность тазовых грыж по причине несостоятельности прямокишечно-влагалищной фасции. В настоящем сообщении мы представляем свой опыт применения сетчатых протезов при хирургическом лечении ректоцеле с или без энтероцеле по технике Prolift posterior.

Материал и методы. Оперировали 37 женщин с изолированным ректоцеле или с генитальным пролапсом с ректоцеле. Техника операции: на шейку матки накладываются пулевые щипцы и матка максимально низводится. На слизистую задней стенки влагалища по средней линии накладываются 3 зажима Микулича: один, отступая на 1 см от задней губы шейки матки, второй у задней влагалищ-

ной спайки, третий посередине, между первыми двумя зажимами. Проводится гидравлическая препаровка тканей задней стенки влагалища путем введения физиологического раствора с адреналином между прямой кишкой и прямокишечно-влагалищной фасцией. Между зажимами рассекается продольно задняя стенка влагалища на всю толщину, выделяется передняя стенка прямой кишки и тупо проникают в параректальное пространство справа и слева, смещая прямую кишку медиально. При этом указательным пальцем надо дойти и четко идентифицировать седалищные ости и крестцово-остистые связки. Таким образом создается ложе для размещения сетчатого протеза между передней стенкой прямой кишки и задней стенкой влагалища. Затем выполняются разрезы на коже ягодиц на 3 см латеральнее и на 3 см ниже анального отверстия. В один из этих разрезов вводится изогнутый перфоратор с надетым на него трубчатым проводником, который продвигается вглубь под контролем указательного пальца, введенного в рану задней стенки влагалища и установленному на седалищной ости. Перфоратор проводится через крестцово-остистую связку с одной и другой стороны и после удаления стилетов перфоратора чехлы-трубки выводятся в рану влагалища. Следующим этапом операции является подготовка протеза и размещение его в подготовленном ложе между прямой кишкой и задней стенкой влагалища. Может быть использован оригинальный протез Gynekar Prolift Posterior или протез можно изготовить непосредственно в операционной. Мы используем сетку ЭСФИЛ ES 3535 "бело-синий". Протез имеет Т-образную форму, прямоугольной формы, длиной 6 - 7 см, шириной 4 см. От верхних углов протеза отходят 2 "рукава" шириной 1-1,2 см и длиной 12-15 см. Протез укладывается между прямой кишкой и задней стенкой влагалища. Средняя часть проксимального края протеза (участок между "рукавами") пришивается к нижней губе шейки матки со стороны раны влагалища 2-3 швами, а "рукава" протеза выводятся через просвет трубок-проводников на кожу ягодиц. Трубки-проводники удаляются, и легким потягиванием за "рукава" проксимальная часть протеза устанавливается в нужном положении (на уровне дистальных концов крестцово-остистых связок). Протез укладывается на прямую кишку без гофрирования. Избыток протеза отсекается. Возможное гофрирование протеза устраняется наложением отдельных направляющих швов по краям протеза. На рану влагалища накладываются швы. При наличии энтероцеле выполняется иссечение грыжевого мешка и проводится типичная обработка культи брюшины. Сетчатый протез, уложенный на переднюю стенку прямой кишки и фиксированный к задней губе шейки матки надежно устраняет развитие рецидива за счет фиксации проксимальной части протеза к крестцово-остистым связкам. У одной больной через 5 месяцев после операции появилась эрозия слизистой задней стенки влагалища, что потребовало удаление протеза. У остальных 36 женщин в сроки от 6 до 24 месяцев после операции признаков рецидива ректоцеле нет.

Выводы. Пластика ректоцеле с или без энтероцеле сетчатым протезом трансвагинальным доступом с фиксацией протеза к крестцово-остистым связкам по технике Prolift posterior является эффективным и малоинвазивным вмешательством, позволяющим надежно корригировать указанную патологию.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Попков О.В., Гаин Ю.М.,
Бородинец А.Л., Русинович В. М.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования"
УЗ "3 клиническая больница им. Е.В. Клумова"
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Оказание помощи пациентам с осложнённым раком ободочной кишки является актуальной проблемой неотложной хирургии вследствие роста заболеваемости раком ободочной кишки, увеличения удельного веса больных с осложненными формами опухолевого процесса, требующими неотложного хирургического лечения и преобладания среди них лиц пожилого и старческого возраста.

Цель. Оценить непосредственные результаты хирургического лечения осложненного рака ободочной кишки у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 98 пациентов пожилого и старческого возраста, оперированных в УЗ "3 клиническая больница им. Е.В. Клумова" г. Минска по поводу urgentных осложнений колоректального рака в 2002 - 2009 гг.

Мужчин было 47 (48%), женщин - 51 (52%). Возраст пациентов варьировал от 60 до 83. Алгоритм обследования включал: клиническое, лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое обследование пациентов. В ряде случаев выполняли ультразвуковое, морфологическое исследование, по показаниям - компьютерную томографию. Сопутствующие заболевания зарегистрированы у всех больных анализируемой группы. Чаще всего отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы, реже - системы органов дыхания, мочевыделительной системы и сахарный диабет.

Результаты и обсуждение. Из 98 больных 81 (83%) оперированы в экстренном порядке в связи с явлениями острой обтурационной кишечной непроходимости и перитонита, остальные 17 (17%) [после разрешения явлений частичной непроходимости кишечника, восстановления его моторно-эвакуаторной функции и коррекции нарушений гомеостаза] оперированы через 8-15 суток после поступления. Установлена следующая локализация опухоли: правый фланг ободочной кишки - 28 пациентов (29%); левый фланг ободочной кишки - 26 (27%); ректосигмоидный отдел толстой кишки - 24 (24%); прямая кишка - у 20 (20%) пациентов. Подготовку кишечника к операции у пациентов второй группы (после разрешения явлений частичной кишечной непроходимости) осуществляли методом ортоградного лаважа или с помощью препарата "Фортранс".

При острой кишечной непроходимости и отсутствии признаков 4 стадии заболевания выполняли радикальные резекции с резекцией опухоли, при этом первичный анастомоз накладывали чаще всего при правосторонней гемиколэктомии, в то время как при операциях на левой половине ободочной кишки в условиях непроходимости

кишечника вмешательство ограничивали обструктивной резекцией толстой кишки с опухолью и декомпрессией толстой (а, по показаниям, и тонкой) кишки.

Частота послеоперационных осложнений (несостоятельность швов кишечного анастомоза, прогрессирование перитонита, инфекция области хирургического вмешательства, сепсис) после радикальных операций в группе лиц пожилого и старческого возраста составила 36,7%, после паллиативных операций - 58%. Летальность после выполнения радикальных хирургических вмешательств составила 17,5%, после выполнения паллиативных операций - 40,5%.

Выводы. Адекватная оценка индивидуальных функциональных возможностей, предоперационная подготовка, дифференцированный выбор (по объему и характеру) хирургических вмешательств позволяют добиться у пациентов пожилого и старческого возраста с осложненным колоректальным раком хороших непосредственных результатов лечения. В условиях интраабдоминальных осложнений колоректального рака повысить выживаемость больных позволяет применение более радикальных методик операции с удалением первоисточника опухолевого роста, независимо от стадии патологического процесса.

Литература:

1. Колоректальный рак. Выбор хирургической тактики при толстокишечной непроходимости / М. Д. Ханевич [и др.]. - СПб.: Аграф, 2008. - 135 с.

2. Опухоли толстой кишки / Н. А. Яицкий [и др.]. - М: Медпресс-информ, 2004. - 376 с.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Русинович В.М., Бородинец А.Л., Логаши Е.И.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценить результаты лечения 303 больных с осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки за период с 2004 по 2008 год.

Материал и методы. В работе использован архивный материал историй болезни. Для верификации диагноза применялись следующие методы исследования: лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, УЗИ, КТ, морфологические. У части больных, оперированных по экстренным показаниям, диагноз установлен на основании интраоперационной ревизии.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 82 (27%), женщин - 221 (73%). Средний возраст составил 68 лет (от 38 до 90 лет). В возрасте моложе 50 лет было 7,8% больных, у которых возникали наиболее тяжелые осложнения - паракишечные инфильтраты и абсцессы.

При обследовании диагностированы следующие осложнения: дивертикулит, толстокишечное кровотечение, параколический инфильтрат, перфорация с абсцессом, перфорация дивертикула с развитием разлитого

перитонита, хроническое сегментарное воспаление толстой кишки с развитием стеноза, дивертикулит с образованием внутренних свищей (межкишечного, пузырно-кишечного).

Самым частым осложнением было кровотечение из дивертикула - 76,6%. Редкими были: дивертикулит с образованием внутренних свищей и хроническое сегментарное воспаление толстой кишки с развитием стеноза (по одному случаю соответственно). В последнем случае диагноз был поставлен на основании морфологического исследования послеоперационного материала.

Выводы. Редкие случаи осложненного течения дивертикулярной болезни толстой кишки требуют дополнительных методов диагностики: КТ, цистоскопии, морфологического исследования.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИРКУЛЯРНОЙ СТЕПЛЕРОПЕКСИИ ПО МЕТОДУ ЛОНГО ПРИ ГЕМОРРОЕ И ПРОЛАПСЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Русинович В.М., Рычагов Г.П.,
Бородинец А.Л., Цопков О.В.
Городской центр колопроктологии,
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценить отдаленные результаты хирургического лечения геморроя и пролапса методом циркулярной степлеропексии.

Материал и методы. Изучены истории болезни 119 больных, которым с 2000 по 2008 год выполнена операция по методу Лонго по единой методике одним оператором. Для объективизации отдаленных клинических и функциональных результатов была использована 10-балльная шкала анкеты-опросника. Хороший результат лечения оценивался в 0-3 балла и предполагал отсутствие жалоб и клинических проявлений заболевания. Удовлетворительный результат оценивался в 4-6 баллов и характеризовался наличием субъективных жалоб на анальный дискомфорт без клинических проявлений болезни. Неудовлетворительный результат - 6-9 баллов указывал на рецидив клинических проявлений болезни: выделение крови, выпадение геморроидальных узлов, раздражение кожи периа-нальной области, анальный дискомфорт. Отрицательный результат в 10 баллов указывал на наличие осложнения хирургического лечения: рубцовый стеноз, анальная недостаточность. Проведен анализ 64 анкет-опросников. Период наблюдения составил от 1 до 8 лет. Оригинальным предложением с точки зрения методологического подхода явился метод циркулярного аппаратного иссечения сектора слизисто-подслизистого слоя наданальной зоны прямой кишки. Наш опыт лечения хронического геморроя с пролапсом слизистой по методу Лонго рассеял какие-либо сомнения в эффективности и целесообразности данной методики.

В Минском городском центре колопроктологии выполнено 119 операции по методу Лонго. Отбор

пациентов осуществлялся по критериям, используемым для геморроидэктомии. У всех пациентов анамнез заболевания более 5 лет. Основными симптомами были: кровотечение, пролапс геморроидальных узлов и слизистой прямой кишки при акте дефекации, непостоянный анальный зуд, ощущение влажности кожи перианальной области. Подготовка толстой кишки к операции осуществлялась фортрансом. Оперативное вмешательство проводилось под сакральной анестезией.

Слизисто-подслизистая резекция нижнеампулярного отдела прямой кишки проводилась поэтапно, согласно рекомендациям автора метода. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 20 минут. В 26 случаях отмечено небольшое выделение крови между скрепками по линии шва после аппаратной резекции, которое было легко остановлено дополнительным прошиванием. На начальном этапе освоения данной операции в двух случаях при затягивании кисетного шва произошел разрыв нити, что создало дополнительные трудности и увеличило время вмешательства. В дальнейшем мы накладывали два кисетных шва с затягиванием узлов на 3 и 9 часах. Использование двух кисетов, на наш взгляд, не затягивает продолжительность операции и целесообразно в связи с тем, что инвагинация слизисто-подслизистого слоя в головку сшивающего аппарата производится равномерно с противоположных сторон на максимально возможную длину. Считаем, что главным требованием к кисетной нити является ее прочность.

Хирургическое вмешательство заканчивалось визуальной и пальпаторной ревизией линии швов и установкой гемостатического тампона в анальный канал. Макропрепарат представлял собой слизисто-подслизистый цилиндр длиной 35-38 мм. В оценке раннего послеоперационного периода учитывали субъективную реакцию на травму, необходимость назначения обезболивающих препаратов, длительность пребывания в стационаре, развитие гнойно-септических и других осложнений. В стационаре больные находились 2-5 суток. К трудовой деятельности по состоянию здоровья все больные могли приступить через 2-3 дня после выписки из стационара. В послеоперационном периоде всем больным было рекомендовано введение ректальных свечей с метилурацилом в течение 8-10 дней два раза в сутки.

Результаты и обсуждение. Хороший результат лечения отмечен в 88% случаев; удовлетворительный - у 12% больных. Неудовлетворительных и отрицательных результатов не было. Самым частым симптомом из числа удовлетворительных результатов были периодические выделения крови и анальный дискомфорт на фоне неполного отхождения металлических скоб.

Выводы. Циркулярная степлеропексия по методу Лонго является эффективным методом лечения геморроя и пролапса прямой кишки.

УЗКОСПЕКТРАЛЬНАЯ ХРОМОКОЛОНО-ВИДЕОСКОПИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ "РАННИХ РАКОВ" СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМИ РАКОВЫМИ СИНДРОМАМИ

*Савицкий С.Э., Черний А.В.,
Гольшико П.В., Жандаров К.Н.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
УЗ "ГОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. Колоректальный рак является одной из наиболее частых локализаций опухолей в мире и занимает второе место среди причин смерти от онкопатологии в большинстве экономически развитых стран. Рак прямой и ободочной кишки находится на 3-м месте (8,7%) в структуре онкологических заболеваний после рака легкого (26,5%) и желудка (14,2%).

Впервые нами разработана таблица групп повышенного риска по колоректальному раку с последующим планомерным, наблюдением, обеспечивающим выявление "раннего" колоректального рака и здесь учеными, как самый результативный, предлагается путь формирования групп риска из родственников больных с наследственными колоректальными раковыми синдромами. Используя современные подходы к визуализации патологических образований, молекулярно-генетическим методам диагностики, мы можем говорить о новых подходах к организации выявления злокачественных новообразований не только на ранних стадиях, но и "ранних раков", и в первую очередь КРР. Изучение наследственных форм рака - одно из перспективнейших направлений современной онкологии.

Цель.

1. Изучить клиническую характеристику наследственного колоректального рака на основе сбора и анализа генеалогических данных семейных случаев колоректального рака в Гродненской области.
2. Дать молекулярно-генетическую характеристику наследственного КРР на основе изучения ДНК в группе пациентов с клиническими признаками наследственного КРР.
3. Изучить иммуногистохимические особенности опухолевого процесса при наследственном КРР.
4. Провести корреляционный анализ молекулярно-генетических и клинических особенностей наследственного КРР в Гродненской области Республики Беларусь.
5. Дать оценку эффективности эндоскопического исследования толстой кишки в режиме фотодинамической диагностики в выявлении "раннего рака" среди лиц с клиническими и генетическими признаками наследственного КРР.
6. Дать оценку эффективности спиральной компьютерной рентгеновской томографии в режиме виртуальной колоноскопии с контрастированием магневистом в выявлении "раннего рака" среди лиц с клиническими и генетическими признаками наследственного КРР.

Материал и методы. Современные подходы к организации и проведению эндоскопических исследований, направленные на диагностику предраковых изменений и ранних форм рака толстой кишки, предполагают проведение тотальной колоноскопии и применение специальных дополнительных диагностических методик, позволяющих выявлять патологические образования даже самых небольших размеров. Наиболее эффективным является использование окраски слизистой оболочки толстой кишки во время эндоскопического исследования с помощью специальных красителей - хромоколоноскопия. Простой и доступной является контрастная методика хромокопии с использованием аламина или индигокармина 0,1-0,2%. Этот краситель не поглощается клетками эпителия, а растекается по поверхности слизистой оболочки толстой кишки, подчеркивает все ее неровности и создает визуальный контраст между неизменными тканями и патологическими участками. Новые методики увеличительной и узкоспектральной эндоскопии позволяют детально исследовать любые минимальные изменения слизистой оболочки пищеварительного тракта. А их высокая специфичность и чувствительность в диагностике структурных изменений тканей при ранних формах рака и предраковых изменениях эпителия толстой кишки позволяют считать эти методики "оптической биопсией". Узкоспектральная эндоскопия (Narrow band imaging) - это новая оптическая диагностическая методика, основанная на использовании специальных оптических фильтров, суживающих спектр световой волны. Обычные эндоскопические системы используют практически весь видимый световой спектр от 400 до 800 нм. Новая система использует преимущества в основном двух световых волн длиной 415 и 445 нм в диагностике сосудистых структур слизистой оболочки пищеварительного тракта, так как эти световые волны хорошо поглощаются гемоглобином. Таким образом, световые фильтры позволяют получить детальное изображение сосудистого рисунка тканей, его изменений, характерных для патологических участков воспалительного генеза, а также для предраковых заболеваний и ранних форм рака. Кроме этого, новая эндоскопическая система повышает контрастность изображения, что создает эффект виртуальной хромокопии.

Выводы. Современные методики хромоколоноскопии повышают возможности стандартного эндоскопического исследования прямой и ободочной кишки в своевременной диагностике предопухоловой патологии и ранних форм рака. Новые эндоскопические методики являются наиболее перспективными в детальной оценке минимальных структурных изменений слизистой оболочки толстой кишки, что позволяет считать их "оптической биопсией". Эффективное применение всех современных методик диагностики требует отличной подготовки толстой кишки к ее детальному исследованию. Щадящее и практически физиологичное освобождение кишечника от содержимого с помощью препарата Фортранс не только позволяет выполнить тотальную колоноскопию, но и провести эффективную эндоскопическую диагностику патологических образований слизистой оболочки небольших размеров. Последнее обстоятельство несет в себе аспект фармакоэкономики, так как, несмотря на более высокую стоимость такой методики подготовки,

сокращается количество повторных эндоскопических исследований (в случаях недостаточной подготовки кишечника при традиционной методике), время проведения колоноскопии и нагрузка на медицинский персонал, ответственный за проведение подготовки.

ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ И ФИБРОКОЛОНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Седун В.В., Журавлев А.Н., Шило А.Н., Сологуб И.М.
Климович Т.И. Шабанович И.М. Стипура Г.М.
ГУО "Белорусская государственная медицинская
академия последипломного образования",
ГК БСМП,
г. Минск, Республика Беларусь*

Цель работы. Провести сравнительную характеристику возможности выявления полипов толстой кишки и сравнить результаты гистологического исследования биоптатов, полученных методом щипцовой биопсии с использованием фиброколоноскопии и видеокколоноскопии.

Материал и методы. Обследовано 738 пациентов (сплошная выборка). Мужчин было 298 (40,38%) человек, возраст $57,5 \pm 15,2$ года. Женщин - 440, возраст $61,2 \pm 15,1$ года. Выделено 2 группы. Первая включала 265 человек, которым колоноскопию выполняли фиброволоконными эндоскопами. Вторая - 473 человека обследованных видеэндоскопами. Различий по полу и возрасту среди пациентов первой и второй групп не было. Квалификация и стаж работы врачей - эндоскопистов, выполнявших исследования в первой и второй группе, не отличается. Основные технические характеристики эндоскопов которыми выполняли исследования, были одинаковыми, исключая угол поля зрения, который у фиброколоноскопа был на 20° меньше, чем у видеокколоноскопа. Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи пакета прикладных программ StatSoft Statistica 8.0.

Результаты и обсуждение. Полипы различной локализации были обнаружены у 200 пациентов - 27,1% от всех обследованных. Из них полипы размером менее 3мм были выявлены у 54 (27,0%), размером 3-5 мм - у 112 (56,0%), размером 6-10 мм - у 25 (12,5%) и размером более 10мм - у 9 (4,5%) пациентов. В группе 2, где выполнялась видеокколоноскопия, полипы были выявлены у 159 (33,62%) пациентов. Это достоверно выше, чем в первой, где идентичная патология найдена у 41 (15,47%) человека ($p=0,00001$). Во второй группе полипы размером менее 3мм выявили у 52 (10,99%), а в первой - у 2 (0,75%) пациентов. Разница тоже статистически достоверна ($p=0,00001$). Аналогичная ситуация при размерах полипа от 3 до 5 мм: в первой группе у 85 (17,97%) человек, во второй у 27 (10,19%) ($p=0,0048$). При размерах полипа более 5 мм статистически значимых отличий в частоте их выявления при выполнении фиброколоноскопии и видеокколоноскопии не обнаружено ($p=0,3997$).

Щипцовая биопсия из полипов выполнена у всех 200

пациентов. Результат гистологического исследования был следующий: гиперпластический полип найден в 58 (29,0%) случаях, аденоматозный - в 107 (53,5%), аденоматозный полип с дисплазией различной степени тяжести - в 18 (9,0%), колит - в 8 (4,0%) и в 9 (4,50%) случаях выявлено нормальное строение слизистой оболочки либо ответ отсутствовал из-за малого объема материала. В группе 2 достоверно чаще удавалось выявить аденоматозный полип: 85 (17,97%) случаев против 22 (8,30%) в группе 1 ($p=0,0004$), и, что особо важно, аденоматозный полип с дисплазией - 16 (3,38%) случаев против 2 (0,75%) в группе 1 ($p=0,0265$). В группе 2 при исследовании полипов размерами менее 3 мм достоверно чаще выявлялись аденоматозные полипы ($p=0,0008$) и аденоматозные полипы с дисплазией различной степени тяжести ($p=0,0470$).

Выводы.

1. Использование видеокколоноскопии высоко достоверно повышает частоту выявления полипов толстой кишки ($p=0,00001$), в том числе полипов размером менее 3 мм ($p=0,00001$) и от 3 мм до 5 мм ($p=0,0048$).

2. Использование видеокколоноскопии не увеличивает частоту выявления полипов толстой кишки размером более 5 мм ($p=0,3997$).

3. В результате гистологического исследования выполненного после видеокколоноскопии со щипцовой биопсией статистически значимо повышается выявляемость аденоматозных полипов ($p=0,0004$) и аденоматозных полипов с дисплазией различной степени тяжести ($p=0,0265$).

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА И СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Цемахов Ю.Г., Шепетько М.Н., Ролевич И.И., Тур Г.Е.
УЗ "Минский городской клинический онкологический диспансер",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Лучшим методом реабилитации пациентов после обструктивной резекции (РО) толстой кишки является реконструктивно-восстановительная операция (РВО). Многие авторы указывают на высокие цифры послеоперационных осложнений 16,7-37,5% [1, 2] и высокие цифры летальности 4,75-14,0% [1, 2] при выполнении РВО. Основной проблемой является раневая инфекция - 23%, стеноз, рубцевание анастомоза - 10%, кровотечение из анастомоза, послеоперационная спаечная кишечная непроходимость - 12% [3]. Таким образом, возникла необходимость выработать оптимальную методику операционного доступа, наложения анастомоза и сроки выполнения РВО с целью уменьшения риска послеоперационных осложнений и летальности.

Цель. Определить оптимальные сроки выполнения

реконструктивного вмешательства, методику операционного доступа, наложения анастомоза и сроки выполнения РВО.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование среди 75 пациентов Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД), которым была выполнена РВО после ОР по поводу колоректального рака с 2005 по 2009 гг. Средний возраст пациентов составил 65,2 года (интервал от 35 до 79 лет), которым были выполнены ручные ($n = 65$; 86,6%) или аппаратные ($n = 10$; 13,4%) анастомозы. 54 пациента ранее были оперированы в других клиниках по экстренным показаниям, 21 - ранее оперированы в МГКОД. Средний интервал между ОР и РВО составил 256 дней (интервал от 3 мес. до 2 лет). 9 пациентам РВО были выполнены в сроки меньше, чем 8-10 мес. после ОР, причем у 5 из них были выявлены признаки генерализации опухолевого процесса. При выполнении РВО в сроки более 10-11 мес., признаков прогрессирования процесса выявлено не было.

РВО выполнялись после ОР по поводу рака левого фланга ободочной кишки (ОР сигмовидной кишки ($n=39$), обструктивная левосторонняя гемиколэктомия ($n=21$), ОР поперечной ободочной кишки ($n=4$), ОР правого фланга ободочной кишки с формированием илеостомы ($n=6$), после ОР прямой кишки ($n=5$).

75 больных были разделены на 2 группы. К 1 группе отнесены пациенты ($n=44$), у которых повторная операция выполнялась через срединную лапаротомию. К группе 2 отнесены пациенты ($n=31$), у которых выполнялась параректальная лапаротомия с иссечением стомы и наложением терминолатерального анастомоза.

Результаты и обсуждение. Во второй группе отмечалось достоверно ($p<0,05$) меньшее число случаев послеоперационной спаечной кишечной непроходимости (1 группа $n= 3$, 2 группа $n=0$), несостоятельности анастомоза (1 группа $n=3$, 2 группа $n=0$) и достоверно ($p<0,05$) меньший послеоперационный койко-день ($16\pm 1,2$ и $12\pm 2,1$ соответственно). Количество гнойных осложнений со стороны раны достоверно не различалось. Послеоперационная летальность составила 0,03% (2 случая ТЭЛА в первой группе).

Выводы.

1. Реконструктивно-восстановительные операции являются важным методом хирургической реабилитации пациентов после обструктивной резекции.

2. РВО следует выполнять в сроки не менее 10-11 мес. после радикальной операции, чтобы исключить возможность раннего прогрессирования опухолевого процесса.

3. При выполнении РВО после обструктивной резекции ободочной кишки следует пользоваться кратчайшим параректальным доступом с иссечением стомы и наложением терминолатерального анастомоза, что достоверно ($p<0,05$) сокращает риск послеоперационных осложнений и сроки послеоперационного койко-дня.

Литература:

1. Башеев, В. Х. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана / В. Х. Башеев // *Клин. хирургия.* - 2000. - № 11. - С. 13-15.

2. *Colon recanalization after Hartmann's procedure. A challenge for the surgeon or a strategy to be changed?* / С. Griffa

[et al.] // *Minerva Chir.* - 2004. - Vol. 59, N 5. - P. 489-493.

3. Oomen, J. L. *Reversal of Hartmann's procedure after surgery for complications of diverticular disease of the sigmoid colon is safe and possible in most patients* / J. L. Oomen, M. A. Cuesta, A. F. Engel // *Dig. Surg.* - 2005. - Vol. 22, N 6. - P. 399-400.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВОРСИНЧАТЫХ ПОЛИПОВ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Черний А.В., Жандаров К.Н., Гольшико П.В.,
Савицкий С.Э., Пыжеский И.В., Ушкевич А.Л.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет", УЗ "ТОКБ",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема своевременной диагностики и хирургического лечения доброкачественных заболеваний прямой и ободочной кишки в настоящее время приобрела большую актуальность в связи с ростом заболеваемости этой патологией в развитых странах, а также в связи со значительным ростом заболеваемости раком прямой и толстой кишки. Как известно, доброкачественные заболевания толстой кишки в значительном проценте случаев озлокачествляются, а индекс малигнизации ворсинчатых полипов составляет 40% (Г.И.Воробьев, 2006).

До недавнего времени при ворсинчатых полипах данных локализаций хирурги были вынуждены прибегать к обширному и травматичному вмешательству: лапаротомии, резекции участка кишки с полипом, что представляло большой риск, особенно у лиц пожилого возраста и с сопутствующей патологией. Для исключения дисплазии и метаплазии проводится колоноскопия и хромоскопия с обязательной прицельной биопсией. Простой и доступной является контрастная методика хромоскопии с использованием аламина или индигокармина 0,1-0,2%. Новые методики увеличительной и узкоспектральной эндоскопии позволяют детально исследовать любые мельчайшие изменения слизистой оболочки толстой кишки. А их высокая специфичность и чувствительность в диагностике структурных изменений тканей при ранних формах рака и предраковых изменений эпителия толстой кишки позволяют считать эти методики "оптической биопсией".

Материал и методы. Выбор способа полипэктомии зависит от локализации, размеров и формы полипов. В большинстве случаев (80-85%) полипы удаляются методом электроэксцизии. Электроэксцизия чаще выполняется серповидной или полигональной петлей. За один сеанс можно удалить от 3 до 40 полипов, что зависит от их количества. Промежутки между сеансами составляют 7 дней.

Удаление ворсинчатых полипов производится электродом с шаровидным наконечником. Последний подводим к ворсинкам полипа, который разрушается на разных режимах электрического тока. По краям полипа выполняется лазерная фотокоагуляция. В случаях, когда

по тем или иным причинам колоноскопически удалить полипы не представляется возможным (например, полип гигантских размеров, семейный полипоз, когда в толстой кишке выявляется от 100 до 1000 и более полипов), в нашей клинике больному выполняется лапароскопическая резекция толстой кишки. Лапароскопически производится мобилизация участка толстой кишки с клипированием сосудов и использованием линейного степлера. Резецированная толстая кишка удаляется через минилапаротомный доступ 3,5-4 см. Проходимость кишечника восстанавливается путем наложения межкишечного анастомоза конец в конец циркулярным сшивающим аппаратом.

Осложнений в нашей практике не встречалось в большинстве случаев, полипэктомия протекает легко. Колоноскопически прооперировано - 39 больных, возраст 53-87 лет, мужчин - 15, женщин - 24. Размеры полипов от 2 см до 18-20 см в диаметре. Больные подвержены контрольному исследованию через 1 месяц, 3, 6, 12 месяцев. Лапароскопическую резекцию толстой кишки по поводу гигантских стекающихся полипов выполнили 6 больным. Послеоперационный период протекал легче, чем после классической операции. В послеоперационном периоде больному не требовались наркотические анальгетики. Активизация больного произошла на 1 сутки после операции, перистальтика восстановилась на 2 сутки после операции.

Выводы.

1. Следует отметить, что эндоскопическая полипэктомия является высокоэффективным, безопасным, органосохраняющим методом лечения ворсинчатых полипов прямой и толстой кишки, по радикальности не уступающим хирургическому лечению. Рецидив заболевания после эндоскопического удаления встречается крайне редко.
2. Метод может быть использован у пациентов пожилого возраста с сопутствующей патологией так как не требует анестезии.
3. Метод позволяет избежать сложных и травматичных вмешательств при больших полипах средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки.
4. При больших стекающихся полипах и циркулярных полипах целесообразно производить вмешательство в несколько этапов.
5. Преимуществом лапароскопических операций, по сравнению с классическими "открытыми" операциями, являются малая травматичность, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре, и времени реабилитации.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Чернявский Д.О., Лызикова Т.В., Анасович Д.И.,
Ефимов С.С., Захаренков А.Н., Дробышевская Т.Н.
УЗ "Гомельский областной клинический
онкологический диспансер",
УО "Гомельский государственный медицинский
университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Острые эрозивно-язвенные поражения (ЭЯП) верхних отделов ЖКТ часто возникают у пациентов в критическом состоянии. От 30 до 75% острых язв осложняется кровотечением. Длительность пребывания в реанимационном отделении у таких пациентов в среднем на 8 суток больше, летальность выше практически в 4 раза [1, 2]. Ведущие патогенетические факторы ЭЯП - секреция соляной кислоты, дуоденогастральный рефлюкс и снижение висцерального кровотока.

Цель. Оценить эффективность применения антисекреторных препаратов различных групп в качестве профилактики острых язв верхнего отдела ЖКТ в периоперационном периоде у больных раком прямой кишки.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 210 больных с неотягощенным язвенным анамнезом, оперированных в УО "ГОКОД" в 2008-2009 годах по поводу рака прямой кишки. Интерес к этой категории пациентов обусловлен большим количеством факторов риска развития ЭЯП: обширностью и травматичностью операции, частым развитием активации желудочной секреции в послеоперационном периоде. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (n = 123) включала пациентов, которым проводилась профилактика ЭЯП, во 2-й группе (n = 87) такой профилактики не было. Исследуемые группы сопоставимы по возрасту, полу, физическому состоянию, степени анестезиологического риска. В 1-й группе возраст составил $63,7 \pm 4,6$ года, мужчины/ женщины - 52/48%, во 2-й группе возраст составил $63,5 \pm 5,3$ года, мужчины/ женщины - 48,3/51,7%, все пациенты отнесены к 3 классу по ASA и 3 степени по AAA. Анестезия: ингаляционная, многокомпонентная, сбалансированная. Продолжительность операции - $162,38 \pm 14,21$ мин в 1-й группе и $166,70 \pm 11,7$ мин во 2-й группе. С целью профилактики ЭЯП в интраоперационном периоде, в/в капельно 8 пациентов получили 50 мг ранитидина, 115 пациентов - 40 мг омепразола. В послеоперационном периоде в/в или per os 8 пациентов получили ранитидина 150 мг/сут., 74 пациента - омепразола 40 мг/сут., у 41 пациента на разных этапах ввиду перебоев в аптечном обеспечении использовались омепразол 40 мг/сут. или ранитидин 150 мг/сут. Длительность схемы составила $4,4 \pm 2,8$ сут. в подгруппе ранитидина, $7,3 \pm 4,04$ сут. в подгруппе омепразола, $6,46 \pm 2,62$ сут. в подгруппе с использованием омепразола и ранитидина.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе отмечен 1 случай (0,81%) ЭЯП на фоне профилактики омепразолом:

у пациентки Н., 70 лет, после передней резекции прямой кишки с резекцией мочевого пузыря и эпицистостомией, 4-е сутки послеоперационный период осложнился перфорацией острой язвы желудка, на 7-е сутки возникло кровотечение из множественных острых язв желудка. Исход неблагоприятный на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности. Во 2-й группе отмечено 3 случая (3,45%) ЭЯП, который локализовались в желудке, носили множественный характер, манифестировали в виде кровотечения. Исход благоприятный на фоне последующей консервативной терапии.

Выводы. Медикаментозная профилактика ЭЯП позволяет уменьшить количество грозных осложнений послеоперационного периода в виде перфорации или кровотечения. Однако данная мера не может использоваться в качестве единственной меры, т.к. снижение висцерального кровотока и ишемия стенки желудка - следующий важнейший этиологический фактор данной патологии. Гипотензия, гиповолемия, операционный стресс - факторы, способствующие гипоперфузии внутренних органов, поэтому ключевое значение приобретают адекватная анестезия и сбалансированная периоперационная инфузионная терапия. Наиболее полно эти задачи реализуются при эпидуральной анестезии с включением бензодиазепинов в премедикацию. Это позволяет сохранить стабильность гемодинамики и адекватный уровень кровотока в печени и желудке, уменьшить выраженность гормональных сдвигов.

Литература:

1. *Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта: учебное пособие* / А. П. Михайлов [и др.]. - СПб.: изд.-во С.-Петербург. ун-та, 2004. - 96 с.
2. *The attributable mortality and length of ICU stay of clinically important gastrointestinal bleeding in critically ill patient* / D. J. Cook [et al.] // *Crit. Care.* - 2001. - Vol. 5. - P. 368-375.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Яйлаханян К.С., Блувштейн Г.А.
ГОУВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского",
г. Саратов, Российская Федерация

Число онкологических больных в современном мире продолжает неуклонно расти. Большинство больных с колоректальным раком подвергается различным хирургическим вмешательствам и, несмотря на общее стремление хирургов к выполнению сфинктеросохраняющих операций, у 30-50% больных оперативные вмешательства заканчиваются формированием колостомы.

Учитывая, что подобного рода оперативные вмешательства выполняются и при других заболеваниях органов брюшной полости, а также при ранениях толстой кишки, численность больных с колостомами или илеостомами увеличивается в 1,5 раза. Постоянно растущее число колостомированных больных требует значительных усилий по их реабилитации. В связи с этим, выполнение реконструктивно-восстановительных операций на

толстой кишке приобретает высокую актуальность для социально-трудовой реабилитации и улучшения качества жизни колостомированных больных.

В колопроктологическом отделении клинической больницы им. С.Р. Миротворцева СГМУ за период 2005-2009 гг. закрытие колостомы выполнено 65 больным. Мужчин оперировано 38 (58,5%), женщин 27 (41,5%). Средний возраст пациентов составил 58,3 года. Самому молодому было 24 года, самому пожилому - 78 лет. Следует отметить, что 31 (48,4%) больной были пожилого и старческого возраста. Одноствольная кишечная стома была в 36 (55,4%), двухствольная - в 29 (44,6%) случаях.

По локализации кишечные стомы распределялись следующим образом: у 33 (50,8%) пациентов была сигмостома, у 22 (32,3%) - трансверзостома, у 9 (13,8%) - илеостома, у 2 (3,1%) больных имелась цекостома. У двух пациентов имелось одновременно по две кишечных стомы: илеостома и сигмостома, илеостома и трансверзостома.

Причиной наложения колостом были радикальные операции при опухолях толстого кишечника - 44 случая; операции при осложнениях дивертикулярной болезни - 8; травмы толстой кишки - 5; прочие заболевания, течение которых потребовало наложения временной колостомы (долихосигма, осложнённая заворотом с некрозом кишки, болезнь Крона, болезнь Гиршпрунга) - 8 случаев. Всем 36 (55,3%) пациентам с одноствольной колостомой и 9 (13,8%) с двухствольной (всего 45 (69,2%)) выполнена лапаротомия с рассечением спаек, ликвидацией "окон брыжейки" и ревизией брюшной полости. Малотравматичный местный внутрибрюшной параколостомический доступ использован у 20 (30,8%) пациентов с двухствольными колостомами. После наложения анастомоза в технически сложных условиях после операции Гартмана 2 (3,4%) больным была наложена превентивная пристеночная трансверзостома. Для восстановления кишечной непрерывности после операции Гартмана при ограниченной подвижности функционирующего отдела ободочной кишки проводили дополнительную мобилизацию ее левой половины, а при необходимости, и правой с последующим их низведением. Колоректальный анастомоз накладывался как ручным, так и аппаратным способом. Во время наложения анастомоза в 60 (92,3%) случаев использовался однорядный непрерывный шов нитью "Polisorb 3-0". Начиная с 2007 года, для наложения сигмо-ректальных анастомозов мы стали применять циркулярные сшивающие аппараты CDH фирмы "Ethicon endo-surgery Inc", что значительно упростило наложение анастомоза. Сроки выполнения восстановительных операций отличались, в зависимости от характера основной патологии, приведшей к колостомии. Так у больных с онкологическими заболеваниями операции проводились в основном - 80 % (52 пациента) через 6-9 мес. после наложения колостомы. При травмах мы старались выполнить восстановление толстой кишки по возможности раньше, у 13 (20%) пациентов операция выполнена через 3-4 мес.

Послеоперационные осложнения возникли у 8 больных, что составило 12,3% от всех выполненных операций. 15 осложнений (в среднем на больного по 1,9 осложнений) - т.е. наблюдалось сочетание различных осложнений. Среди них были следующие: несостоятельность анастомоза - 5 (7,7%); ранняя спаечная кишечная

непроходимость, потребовавшая экстренной операции - 3 (4,6%); эвентрация - 2 (3,1%) случая; образование внутрибрюшных гнойников у 1 (1,5%) больного; образование тонкокишечного свища - у 1 (1,5%); нагноения послеоперационной раны наблюдались в 2 (3,1%) случаях; послеоперационная пневмония - у 1 (1,5%) больного. В группе больных, где использовались сшивающие аппараты, послеоперационных осложнений не было. Хорошие и удовлетворительные результаты операции отмечены у 63 (96,9%) пациентов. В результате несостоятельности анастомоза с развитием разлитого калового перитонита и полиорганной недостаточности умерло 2 (3,1%) больных. Таким образом, операции по восстановлению непрерывности толстой кишки являются важной составной частью в комплексном лечении колостомированных больных. Данные операции целесообразно выполнять не ранее 6 мес. после первой операции у онкологических больных и по возможности стремиться к раннему устранению колостомы в остальных случаях. При петлевых колостомах операцией выбора является внутрибрюшинное закрытие. Реконструктивно-восстановительные операции после резекций кишки по Гартману целесообразно выполнять с применением сшивающего аппарата.

TRANSANAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY - THE NEW FIELD IN MANAGING ANASTOMOTIC STRICTURES OF THE RECTUM

V. Jotautas, E. Poskus, P. Zeromskas,
S. Mikalauskas, K. Strupas
Vilnius University Hospital, Vilnius, Lithuania

Introduction: Colonic and rectal anastomotic strictures occur with an incidence ranging from 3% to 30%. Several factors, such as anastomotic leak, ischemia, defunctionalization, radiation and neoplasms, have been implicated in their pathogenesis. The development of anastomotic strictures following colorectal surgery is a frequent problem, but commonly used treatments (e.g. endoscopic techniques: balloon dilatation and/or stents or revisional surgery) are often ineffective. If surgical revision is necessary, morbidity can be significant, as in any reoperative procedure. This study assessed the efficacy of Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM) in managing high-grade benign colorectal anastomotic strictures after the failure of first-line therapies.

Methods. All patients with biopsy-proven benign anastomotic strictures (luminal diameter <7 mm) following colorectal surgery, seen in the period April 2005 - September 2009, were treated with TEM.

Results. In the study period we treated 6 patients (3 men and 3 woman) of median age 75,00 [62,00;84,00] years. Six TEM were performed with a mean operating time of 102,50±40,47 minutes and a median hospital stay of 9,50 [5,00;14,00] day. No complications were reported. One occurrence of re-stricture has been observed. Five patients have satisfactory longterm outcomes (median follow-up, 29 months; range, 16-58 months).

Discussion. Transanal Endoscopic Microsurgery is safe and effective method in treating high-grade benign anastomotic strictures.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ

Богдан В.Г., Гаин Ю.М., Дорох Н.Н.,
Иванова Т.Е., Толстов Д.А.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
УЗ "Городской центр герниологии и бариатрической
хирургии",
УЗ "4-я городская клиническая больница им. Н.Е.
Савченко",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на разработку новых лечебных технологий, появление в арсенале хирурга большого числа способов оперативной коррекции, огромных технических возможностей, хирургическое лечение послеоперационных грыж живота больших и гигантских размеров до сих пор находится в ряду самых важных проблем абдоминальной, реконструктивной и пластической хирургии, требующих дополнительного детального и всестороннего изучения [1].

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

Материал и методы. Проведен анализ эффективности комплексного лечения 63 больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами, оперированных в городском центре герниологии и бариатрической хирургии г. Минска. При послеоперационных вентральных грыжах больших размеров грыжевое выпячивание от 15 до 25 см, полностью занимает одну анатомическую область передней брюшной стенки, деформирует живот больного, размер грыжевых ворот 10-15 см; при гигантских размерах - грыжевое выпячивание свыше 25 см, занимает более одной анатомической области, резко деформирует живот, мешает ходить, размер грыжевых ворот более 15 см.

Результаты и обсуждение. 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 от 30.12.2009 г.). УЗИ-сканирование передней брюшной стенки показало значимое умень-

шение площади грыжевых ворот после функциональной distraction 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 (решение о выдаче патента на изобретение Республики Беларусь № А 20080904 от 20.01.2010 г.). 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 от 30.10.2009 г.) считали сочетанное снижение значений изучаемых показателей, в остальных случаях проводили реконструктивную аллопластику передней брюшной стенки (патент Республики Беларусь на изобретение № 12560 от 30.10.2009 г.). Применение разработанного комплексного подхода позволило выполнить у 54 больных (84,5%) радикальные варианты реконструктивно-восстановительной пластики передней брюшной стенки, у 9 пациентов (14,5%) применить условно-радикальные корригирующие методики в нашей модификации. 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.

Выводы. Высокая эффективность применения комплексного подхода в лечении послеоперационных вентральных грыж больших и гигантских размеров позволяет рекомендовать его для широкого использования в клинической практике.

Литература:

1. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота / В. В. Жебровский. - М.: МИА. - 2005. - 381 с.

КОРРЕКЦИЯ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА С ПОМОЩЬЮ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА

Богдан В.Г., Дорох Н.Н., Гаин Ю.М.
УО "Белорусский государственный
медицинский университет",
УЗ "Городской центр герниологии
и бариатрической хирургии",
УЗ "4-я городская клиническая
больница им. Н.Е. Савченко",
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Диастаз прямых мышц живота кроме косметического дефекта при длительном существовании приводит к развитию болевого синдрома, диспепсических явлений, а при расхождении прямых мышц живота на 10 см и более ограничивает трудоспособность больных, нарушая внутрибрюшное равновесие с формированием спланхноптоза. Существующие аутопластические способы устранения диастаза прямых мышц живота приводят к рецидиву заболевания у 12-26% больных, а после устранения рецидивирующих диастазов - у 63,7%. Кроме того, выполнение лапаротомии нередко является причиной образования послеоперационных вентральных грыж, приводит к развитию спаечной болезни брюшной полости [1, 2].

Цель. Создание малоинвазивного эффективного способа хирургического лечения диастаза прямых мышц живота с помощью сетчатого имплантата с высоким косметическим результатом и низким риском развития послеоперационных раневых осложнений.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 26 больных с диастазом прямых мышц живота, которым была выполнена его оперативная коррекция с помощью сетчатого имплантата способом разработанным в центре герниологии и бариатрической хирургии г. Минска. У 19 больных расхождение прямых мышц живота сочеталось с пупочной грыжей, у 7 пациентов - с грыжей белой линии живота. В 42,3% случаев (11 пациентов) оперативное вмешательство выполняли под местной анестезией.

Результаты и обсуждение. Разработанный способ (патент Республики Беларусь № 12799, зарегистрированный в Государственном регистре изобретений 30.12.2009 г.) включает в себя рассечение кожи и подкожной клетчатки над пупком длиной до 2 см, с размещением в предварительно сформированный в проекции диастаза тоннель между апоневрозом и париетальной брюшиной с помощью видеоподдержки и эндоскопических крючков сетчатого имплантата и последующей его фиксации к апоневрозу с помощью устройства для эндоскопической лигатурной фиксации сетчатого имплантата (патент Республики Беларусь № 4413, зарегистрированный в Государственном регистре полезных моделей 03.03.2008.).

В послеоперационном периоде местных ретенционных и гнойных раневых осложнений выявлено не было. Длительность стационарного лечения этой

категории больных при выполнении коррекции диастаза по разработанному способу составила $1,6 \pm 0,2$ койко-дня. Необходимость назначения анальгетиков ограничивалась первыми сутками после операции. Оценка качества жизни производилась с использованием русскоязычного варианта опросника EuroQol-5D (EQ-5D), на основании показателей визуальной аналоговой шкалы состояния здоровья (EQ-5D-VAS) до оперативного лечения и через 1 месяц после операции. Установлено достоверное ($p=0,012$) повышение показателей EQ-5D-VAS с $70,1 \pm 2,8$ до $91,2 \pm 1,3$. Рецидива заболевания в сроки до 12 месяцев установлено не было.

Выводы. Клиническое использование разработанного малоинвазивного способа коррекции диастаза прямых мышц живота с помощью сетчатого имплантата является высоко эффективным, позволяет повысить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Литература:

1. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, Мохаммед Том Эльбашир. - Симферополь: Бизнес-Информ. - 2002. - 440 с.
2. Атлас оперативной хирургии грыж / В. Н. Егиев [и др.]. - М.: ИД Медпрактика-М. - 2003. - 156 с.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОЗДАНИЯ КОМПОЗИЦИОННОЙ БИОМАТРИЦЫ В ГЕРНИОЛОГИИ

Богдан В.Г., Зафранская М.М.,
Гаин Ю.М., Демидчик Ю.Е.,
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного
образования",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Альтернативной стратегией по отношению к использованию синтетических сетчатых имплантатов, которые обладают определенными ограничениями в практическом применении, является активное развитие тканевой инженерии [1]. В качестве клеточного компонента биоматрицы целесообразно использование мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани (МСК ЖТ), обладающих способностью дифференцироваться в фибробласты [2]. Для обеспечения тканевой целостности возможно включение внеклеточного матрикса в виде природных полисахаридов, различных белковых соединений, образующих трёхмерную структуру на опорном субстрате (хирургической синтетической сетке) для фибробластов [3].

Цель. Провести сравнительный анализ эффективности культивирования МСК ЖТ крысы в трёхмерном желатиновом матриксе на различных вариантах хирургических сеток "Prolene", "Vypro", "Ultrapro", "Vicryl" и "Proceed", ориентированных на их дальнейшее использование в качестве пластического материала для восста-

новления каркасной функции брюшной стенки при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж больших и гигантских размеров.

Материал и методы. В планшет с сетками, покрытыми желатиновым матриксом и без него, засеивали МСК ЖТ крысы второго пассажа в количестве 2×10^4 клеток/см² в 1 мл питательной среды. Инкубировали 3-е суток. По окончании проводили окраску люминесцентными красителями, после чего микроскопировали в режиме эпифлуоресценции, с последующей трипсинизацией и подсчётом количества прикрепленных к сетке клеток в камере Горяева.

Результаты и обсуждение. При проведении люминесцентной микроскопии на сетках "Vicryl", "Vypro", "Ultrapro", "Prolene", как с желатином, так и без него, были обнаружены многочисленные группы распластанных живых клеток. При этом в лунках со всеми образцами сетки "Proseed" реакция среды была кислой, все клетки погибли и не прикрепилась к матричной основе.

Результаты подсчёта числа клеток на 1 см² различных вариантов хирургических сеток, показали достоверное преобладание количества МСК ЖТ на сетчатом эндопротезе "Vicryl" как с желатиновым матриксом, так и без него ($p=0,0023$; и $p=0,0001$, соответственно).

При парном сравнении достоверно установлено, что среди исследованных образцов сеток без желатинового матрикса наибольшей способностью обеспечивать адгезию и рост клеток обладает полностью рассасывающаяся сетка "Vicryl", как по отношению к частично рассасывающимся облегченным композиционным сетчатым имплантатам "Vypro" ($p=0,008$) и "Ultrapro" ($p=0,004$), так и в сравнении с нерассасывающимся материалом "Prolene" ($p=0,0008$).

Обработка желатином повышает способность сеток обеспечивать адгезию МСК ЖТ. Выявлено достоверное увеличение количества прикрепленных к сетке жизнеспособных МСК ЖТ при исследовании всех изучаемых вариантов хирургических имплантатов: "Vicryl" ($p=0,03$), "Vypro" ($p=0,04$), "Ultrapro" ($p=0,04$) и "Prolene" ($p=0,03$).

Проведенное парное сравнение образцов сеток, содержащих нерассасывающиеся мононити, покрытых желатином, не выявило достоверных различий между ними ("Vypro"-"Ultrapro" $p=0,631$; "Vypro"-"Prolene" $p=0,128$ и "Ultrapro"-"Prolene" $p=0,262$, соответственно).

Выводы. В условиях эксперимента впервые доказано, что трёхмерный желатиновый матрикс достоверно повышает способность композиционных биоматриц на основе хирургических сеток обеспечивать адгезию и рост мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани.

Установлено, что желатиновое покрытие нивелирует значение состава опорной матрицы для адгезии мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани среди образцов хирургических сеток, содержащих нерассасывающиеся мононити: "Prolene", "Vypro" и "Ultrapro". При этом сохраняется достоверно большее количество клеток на хирургической сетке "Vicryl", в состав которой не включён полипропилен.

Литература:

1. Егиев, В. Н. Современное состояние и перспективы герниологии / В. Н. Егиев // Герниология. - 2006. - №2 (10). - С. 5-10.

2. Stem cells in clinical practice / B. M. Evers [et al.] // J. Am. Coll. Surg. - 2003. - Vol. 197. - P. 458-478.

3. Adipose-derived stem cells: isolation, expansion and differentiation / B. A. Bunnell [et al.] // Methods. - 2008. - Vol. 45, N 2. - P. 115-120.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Бужор П.В., Андон Л.Г., Липован В.Г., Андон Э.Л., Бужор С.П.

Молдавский государственный медицинский университет им. Н. Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж и в 21 веке остаётся актуальным вопросом в связи с частыми рецидивами и послеоперационными осложнениями.

Цель. Изучение результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы: В период 2005-2009 гг. в клинике хирургических болезней №2 на базе муниципальной больницы "Св. Троицы" были прооперированы 154 больных с различной локализацией послеоперационных вентральных грыж. Мужчин было 23 (14,9%), женщин - 131 (85,1%) в возрасте 20 - 80 лет, 51 (33%) больной был старше 60 лет. Большинство больных имели сопутствующие заболевания, в основном - сердечно-сосудистую патологию - у 52; ожирение II-III степени у 44; цирроз печени с портальной гипертензией у 18 и другие заболевания у 9 больных. Всем больным до операции проводилось клиничко-лабораторные тесты, а также инструментальные исследования желудочно-кишечного тракта, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, урологические исследования. В работе руководствовались классификацией, предложенной Кутавиным Л.М., 1970, и учитывали не только величину грыжи, но и методы хирургического лечения, которые были использованы до возникновения грыжи.

Результаты и обсуждение. Полученные данные показывают, что вентральные грыжи после классической холецистэктомии, а также рецидивирующие грыжи после верхнего срединного доступа были в 88 случаях, в то время как после косых доступов - только в 12 случаях. Необходимо отметить, что с внедрением в хирургическую практику лапароскопическ-холецистэктомии лечения холециститов, послеоперационные грыжи отмечались у 14 больных, оперированных в различных медицинских учреждениях Республики Молдова и за её пределами, по видимому, это вызвано неушитым дефектом после лапароскопии. Отмечаем, что довольно часто вентральные грыжи возникают и после гинекологических операций - в 24 случаях, что возможно, в результате повышенного внутрибрюшного давления в нижней части живота, а также использования в качестве шовного материала кетгута.

В отношении грыж после аппендэктомии, в 8 случаях их причина, возможно, связана с техникой операции, а также с преобладанием деструктивных форм острого

аппендицита. Оперативные вмешательства выполнялись в основном под общим обезболиванием, с миорелаксантами, исключая 14 больных с грыжами после лапароскопической холецистэктомии, у которых операция проводилась под местной анестезией. Грыжесечение по Сапежко - 54 случая; грыжесечение по Маю - 37; грыжесечение с полипропиленовой сеткой под апоневрозом - 33; грыжесечение с полипропиленовой сеткой над апоневрозом - 15; грыжесечение с сеткой над большим сальником - 8; грыжесечение с сеткой и с аутодермальным лоскутом 7.

Использование синтетических материалов под и над апоневрозом в большинстве случаев зависело от возраста больных, сопутствующей патологии, а также от состояния тканей передней брюшной стенки. В отношении послеоперационных осложнений в последующие годы отмечаем некоторое снижение в связи с улучшением техники операции, а также качества использованного материала. Летальные исходы наблюдали после операции в 2 случаях сложной сопутствующей патологии и недостаточной подготовке в предоперационном периоде.

Выводы:

1. Послеоперационные вентральные грыжи после классической холецистэктомии, в том числе и рецидивирующие, чаще всего возникают после срединного доступа и выполнения физической нагрузки.

2. Лучшие результаты получены при применении сетки с аутодермальным лоскутом внутрибрюшинно.

3. При наличии свободного большого сальника или лоскута брюшины, сетку целесообразно накладывать под ним.

Литература:

1. Кутавин, Л. М. Пластика грыжевых ворот местными тканями при послеоперационных вентральных грыжах: автореф. ... дис. к. м. н. / Л. М. Кутавин. - Ижевск, 1970.

2. Каниковский, О. Е. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / О. Е. Каниковский, Е. Ч. Омобогунджи // *Biomedical and Biosocial Anthropology*. - 2008. - № 11. - С. 166-168.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ И МЕТОДИКЕ, РАЗРАБОТАННОЙ НАМИ

Вальчук А.А.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Лечение больных с грыжами живота является одной из актуальнейших проблем современной хирургии, так как пациенты с данной патологией составляют 8-18% хирургических больных, а процент рецидивов при оперативном лечении остаётся достаточно высоким и составляет 5-8%. В структуре грыж всех локализаций паховые составляют 75-80%. Использование вариантов пластик собственными тканями при

паховых грыжах предусматривает сопоставление разнородных тканей с натяжением, что в ряде случаев является причиной возникновения рецидивов. Ненатяжная пластика с применением сетчатых трансплантатов позволила снизить частоту рецидивов до 5-10%, но в ряде случаев возникают осложнения, связанные с использованием для пластики сетчатых трансплантатов: послеоперационные невралгии, чувство инородного тела, повреждение семявыносящего протока, миграция имплантата, образование сером. Около 20% больных после ненатяжных пластик не считают себя полностью здоровыми.

Цель. Изучить и сравнить результаты лечения пациентов паховыми грыжами, с использованием полипропиленовых сетчатых трансплантатов по различным методикам.

Материал и методы. Мы выборочно изучили истории болезни 100 больных от 35 до 88 лет (все мужского пола), находившихся на лечении в 3 ГКБ г. Минска с 2005 по 2007 гг. по поводу паховых грыж. Все прооперированы с использованием для пластики грыжевых ворот полипропиленовой сетки: по Лихтенштейну - 50 (50 %); по нашей методике - 50 (50 %).

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. Поставленная задача решается путём инвагинации полипропиленового аллотрансплантата в форме "волана" в брюшную полость через внутреннее кольцо пахового канала в грыжевом мешке (резервуаре из собственной брюшины пациента). Семенной канатик при этом не выделяется. 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 несмещаемый 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. Отдалённые результаты лечения после различных вариантов пластик в сроки от 1 года до 4 лет изучены методом анкетирования у 100 пациентов. Эффективность применения различных видов пластик оценивали по таким показателям, как боли в области послеоперационного рубца, ослабление эрекции и рецидив.

Результаты и обсуждение. 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, из оперированых по методике клиники, ранее перенесли грыжесечения с другой стороны и отметили значительно лучший косметический эффект

после повторного оперативного вмешательства.

Выводы. В проведенном исследовании установлено, что применение для пластики паховых грыж сетчатых трансплантатов без его контакта с элементами семенного канатика приводит к уменьшению частоты послеоперационных осложнений, улучшению отдаленных результатов лечения, снижению числа рецидивов и лучшему косметическому эффекту.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Вальчук А.А., Бибик И.Л.

УО "Белорусский государственный медицинский университет"

УЗ "3-я ГКБ",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Паховая грыжа является одним из наиболее распространенных заболеваний в плановой хирургии общехирургических стационаров и имеет тенденцию к росту ее частоты. Это обусловлено старением населения, увеличением контингента лиц, не занимающегося физическим трудом, что ведет к атрофии и дряблости брюшной стенки, гиподинамией и другими факторами. С учетом этого в последнее время аутогерниопластика уступила первенство герниопластике с использованием сетчатых трансплантатов. Одной из наиболее популярных методик герниопластики в настоящее время стала пластика по Лихтенштейну. Наш личный и коллективный опыт, согласно литературным источникам, позволил выявить ряд недостатков, что побуждает к поиску более совершенных способов герниопластики.

Цель. Разработать малоинвазивный высокоэффективный способ герниопластики косой паховой грыжи с использованием полипропиленовой сетки.

Материал и методы. Поставленная цель решается путем инвагинации сетчатого протеза (полипропиленового трансплантата в форме "волана") в брюшную полость через внутреннее кольцо пахового канала, при косых паховых грыжах в грыжевом мешке (резервуаре из собственной брюшины пациента).

Техника операции заключается в следующем: кожу и подкожную жировую клетчатку рассекают косым разрезом длиной 3-4 см параллельно и выше на 2 см пупартовой связки над проекцией внутреннего пахового кольца. Выполняется разрез апоневроза наружной косой мышцы живота длиной 3-4 см. 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° по окружности. Сетчатый протез фиксируют к верхушке грыжевого мешка узловым швом через незатянутый кисетный шов на шейке, инвагинируют в брюшную полость. Одновременно снимают зажимы. До завязывания

кисетного шва сетчатый протез подшивают подобными швами к косым мышцам живота у латерального края внутреннего кольца пахового канала и кисетный шов завязывают. Сшивают края апоневроза наружной косой мышцы живота и ушивают операционную рану, для чего было достаточно 3-4 швов. Операция выполнялась под местной инфильтрационной анестезией. В послеоперационном периоде применяли обычные анальгетики, которые отменяли на 2-3 сутки (патент № 11883 от 2009.02.10). Данный способ герниопластики нами применен у 62 больных.

Результаты и обсуждение. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Болевой синдром был слабо выражен, температура оставалась нормальной. Больной, спустя 2-3 часа после операции, вставал с постели. На 2-3 сутки больные выписывались на амбулаторное лечение. У всех больных рана зажила первичным натяжением.

Выводы. Разработанный нами метод герниопластики с использованием полипропиленового эксплантата в форме "волана", помещенного в грыжевой мешок и инвагинированного в месте грыжевым мешком в брюшную полость, является малоинвазивным способом лечения косых паховых грыж и позволяет достичь хороших послеоперационных результатов.

КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОСОБ ПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ

Винник Ю.С., Петрушко С.И., Назарьянц Ю.А.

Красноярский Государственный Медицинский Университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,

г. Красноярск, Российская Федерация

Актуальность. Проблема выбора безрецидивного способа хирургического лечения больных с паховыми грыжами была и остается актуальной, что обусловлено широким распространением заболевания и преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста (3-7% мужского трудоспособного населения).

За последние 40 лет предложено около 50 новых способов грыжесечения, а общее число методов и модификаций устранения паховых грыж приблизилось к 300 [1]. Это свидетельствует о продолжающемся поиске новых, более эффективных способов операций и лечения.

Цель. Улучшить результаты лечения больных со сложными и рецидивными паховыми грыжами.

Материал и методы. Работа выполнена на клинических базах кафедры общей хирургии - в I-м и II-м хирургических отделениях МУЗ ГКБ № 7, I-м хирургическом отделении Дорожной больницы на ст. Красноярск с 2003 по 2007 гг. Всего было прооперировано 87 больных со сложными и рецидивными паховыми грыжами по разработанному нами способу комбинированной пластики с применением сетчатого эндопротеза, который был применен для пластики задней стенки пахового канала. Способ осуществляли следующим образом: после вскрытия пахового канала семенной канатик брали на держалки, затем выделяли и вскрывали

грыжевой мешок, содержимое которого вправляли в брюшную полость, при ущемленных грыжах оценивали жизнеспособность, прошивали у шейки грыжевой мешок, иссекали грыжевые оболочки. Поперечную фасцию рассекали в продольном направлении ближе к подвздошнолонному тяжу от глубокого пахового кольца до лонного бугорка.

Медиальный листок поперечной фасции острым и тупым путем отделяли от предбрюшинной жировой клетчатки и мышечно-апоневротической части объединенного сухожилия и прямой мышцы живота. Затем в поперечном направлении от лонного бугорка на 4-5 см в медиальную сторону рассекали поперечную фасцию, а у края прямой мышцы живота - продольном направлении на протяжении 4-6 см, формировали лоскут, который перемещали в паховый канал. Латеральный край перемещенного лоскута подшивали к подвздошнолонному тяжу мононитью 5/00 от лонного бугорка до глубокого пахового кольца с формированием последнего диаметром 2 см. Медиальный край перемещенного лоскута, так же, начиная от лонного бугорка и до глубокого пахового кольца на всем протяжении, подшивали без натяжения к объединенному сухожилию. Далее на перемещенный лоскут поперечной фасции укладывали и фиксировали сетчатый эндопротез, семенной канатик, поверх которого ушивали апоневроз наружной косой мышцы живота и послойно ушивали послеоперационную рану. Таким образом, мобилизованный медиальный лоскут поперечной фасции перемещали и фиксировали в паховом канале взамен разрушенной поперечной фасции пахового промежутка, укрепляя заднюю стенку пахового канала.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 6-ти больных: у двух - инфильтрат в области послеоперационного рубца (2,2%) и отек мошонки - у одного пациента. В одном случае атония мочевого пузыря (1,4%) и послеоперационный парез кишечника (1,4%).

Нам удалось проанализировать отдаленные результаты у 83-х из 87-ми пациентов в сроки до 6 лет. Основными критериями эффективности метода в отдаленном периоде служили отсутствие или наличие жалоб, связанных с методом герниопластики; восстановление трудовой деятельности на производстве и в быту; отсутствие или наличие рецидива заболевания; полное или неполное достижение анатомо-функционального и косметического эффекта. По полученным данным и результатам осмотра, все больные были распределены на три группы: 1-больные с "хорошими", 2-"удовлетворительными", 3-"неудовлетворительными" результатами.

Было выявлено, что из общего числа наблюдений у 97,2% пациентов отдаленные результаты были хорошими; у 2,6% - расценены как удовлетворительные; неудовлетворительных исходов не было. Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов у 83 оперированных нами больных показал, что в зоне соединительнотканного регенерата рецидива грыжи не зафиксировано.

Выводы. Предложенная методика пластики пахового канала комбинированным методом надежно укрепляет заднюю стенку пахового канала, является малотравматичной и патогенетически обоснованной.

Литература:

Тоскин, К. Д. Грыжи брюшной стенки / К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский. - М.: Медицина, 1990. - 269 с.

СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОЙ ПЛАСТИКИ БОЛЬШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СРЕДИННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Винник Ю.С., Петрушко С.И., Назарьянц Ю.А.
Красноярский Государственный Медицинский Университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Российская Федерация

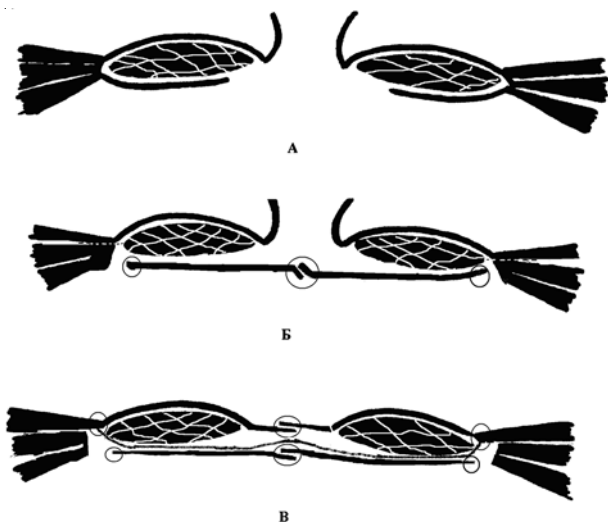
Актуальность. Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки по-прежнему сохраняет значимость. Это связано, во-первых, с большим удельным весом данного заболевания. Около 10-15% всех операций, выполняемых в общехирургических отделениях, составляют грыжесечения [1]. Во-вторых, результаты оперативного лечения оставляют желать лучшего, так как частота послеоперационных рецидивов колеблется в пределах 5-20% [2]. Общеизвестно, что одной из главных причин рецидивов является натяжение сшиваемых неполноценных, истонченных анатомических структур. Это и послужило причиной поиска способов закрытия грыжевых ворот без натяжения собственных тканей с использованием аллоили аутопластических материалов [3].

Цель. Улучшить результаты лечения больных с большими послеоперационными срединными вентральными грыжами и снизить количество рецидивов.

Материал и методы. Работа выполнена на клинической базе кафедры общей хирургии - в I-м и II-м хирургических отделениях МУЗ ГKB № 7. Всего было прооперированно 27 больных с большими послеоперационными срединными вентральными грыжами, по разработанному нами способу комбинированной пластики больших срединных вентральных грыж.

Способ осуществляли следующим образом: двумя полуовальными разрезами иссекают излишки кожи и подкожной клетчатки над грыжевым выпячиванием. Проводят грыжесечение. Освежают края дефекта апоневроза. Восстанавливают целостность брюшины путем ушивания между собой остатков грыжевого мешка. Продольно рассекают задние стенки влагалищ (рис.1, поз. А), отделяют задний листок апоневроза от прямых мышц живота до места прикрепления сухожильной части внутренней косой и поперечной мышцы живота. Выполняют отсечение сухожильной части внутренней косой и поперечной мышц живота. Медиальные апоневротические лоскуты влагалищ ушивают между собой по срединной линии (рис 2, поз. Б). Выкраивают имплантат в виде сетчатого эндопротеза и пришивают к сухожильной части наружной косой мышцы живота. Ушивают между собой по срединной линии над прямыми мышцами медиальные лоскуты влагалищ (рис. 3, поз. В). Перед ушиванием переднего листка апоневроза устанавливают вакуумный дренаж по Редону в подапоневротическом

Рис. 1. Способ комбинированной пластики больших послеоперационных срединных вентральных грыж



пространстве. Кожную рану ушивают наглухо.

Результаты и обсуждение. Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены у пяти больных: инфильтрат послеоперационного рубца возник у 3 больных, серома послеоперационной раны у 2. Все осложнения ликвидированы консервативными мероприятиями, не потребовавшими удаления эндопротеза.

При контрольном осмотре 27 больных через 2 года рецидивов грыж выявлено не было.

Выводы. Предложенная методика пластики больших с большими послеоперационными срединными вентральными грыжами позволяет свести к минимуму ранние послеоперационные осложнения и возникновение рецидивов.

Литература:

1. Белоконев, В. И. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом / В. И. Белоконев // Хирургия. - 2003. - № 8. - С. 24-26.
2. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота: монография / В. В. Жебровский. - М. 2005. - 341 с.
3. Федоров, В. Д. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж / В. Д. Федоров, А. А. Адамян, Б. Ш. Гогия // Хирургия. - 2000. - № 1. - С. 11-14.

РЕЦИДИВНЫЕ ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Володькин В.В. Харкевич Н.Г. Подолинский С.Г.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет", УЗ "ВГКБСМП", г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Паховый промежуток и паховый канал имеются у каждого человека, независимо от пола и возраста. Однако не у всех людей возникают грыжи. По данным Иоффе, более, чем у 90% населения не бывает грыж. Грыженосители составляют 3-4% всего населения.

В зависимости от способа операции, частота рецидива грыжи колеблется от 2% до 40%. Доказано, что чаще подвержены рецидивам пациенты, у которых имеются боль-

шие пахово-мошоночные грыжи, а также пациенты с прямыми и рецидивными грыжами.

Цель. Определить основные направления в профилактике рецидива паховых грыж.

Материал и методы. Проводилось исследование пациентов, оперированных в стационарах города Витебска по поводу паховых грыж.

Анализ проводили в следующих больницах:

- о Больница скорой медицинской помощи.
- о Первая городская клиническая больница.
- о Вторая городская клиническая больница.
- о Железнодорожная больница.
- о Витебская областная клиническая больница.

Аналізу подвержены пациенты, оперированные в хирургических отделениях этих больниц за период с 2002 года по 2006 год.

Проводился анализ наличия фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у грыженосителей.

Результаты и обсуждение. Возрастной состав пациентов, которые подверглись оперативному лечению, колебался от 18 до 84 лет. Всего было оперировано 1915 пациентов, имеющих паховые грыжи. Из них повторно оперированных по поводу рецидива болезни было 160 пациентов (в процентном соотношении 8,4%). Таким образом, в среднем за год в г. Витебске оперируются 383 пациента, из которых у 32 человек возникал рецидив болезни. Всего методом Постемского оперировано 720 больных, процент рецидива составил 8%. По Нихусу оперировано 259 человек, процент рецидива- 7,33%. По Жирану-Спасокукоцкому со швом Кимбаровского оперировано 130 больных, процент рецидива составил 11,5%. По Шолдису оперированы 43 пациента, процент рецидива- 4,65%, методом Бассини оперировано 42 больных, процент рецидива- 4,76, методом Лихтенштейна оперировано 97 больных, рецидива не выявлено, пластика местными тканями использована у 46 пациентов, процент рецидива составил 21,7%, причем, некоторых пациентов оперировали по три, четыре раза с завидным постоянством через один год. По Хакенбруку прооперировано 4 грыженосителя.

При изучении наличия фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у лиц, имеющих паховую грыжу, были выявлены следующие закономерности: наибольшее количество фенотипических признаков было у пациентов с пахово-мошоночными грыжами. На втором месте - пациенты с прямыми и рецидивными паховыми грыжами. На третьем месте - пациенты с косыми паховыми грыжами.

Полученные данные свидетельствуют о наличии признаков дисплазии соединительной ткани у лиц, имеющих паховые грыжи. Наиболее выражены эти изменения у пациентов с пахово-мошоночными и у пациентов с прямыми паховыми грыжами.

Выводы. При выборе способа операции у грыженосителей необходимо учитывать:

1. Наличие признаков дисплазии соединительной ткани.
2. Вид грыжи.
3. Возраст пациента.

Предпочтение нужно отдавать ненатяжным методам пластики.

ПРОФИЛАКТИКА ОБРАЗОВАНИЯ ГРЫЖ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Галимов О.В., Ханов В.О., Зиангиров Р.А., Шкундин А.В., Буторина О.В.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава",
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Одним из послеоперационных осложнений, существенно снижающих качество жизни пациентов, является образование послеоперационных грыж. По данным зарубежной литературы, осложнения, связанные с использованием троакара, у пациентов происходят приблизительно в 1 - 6% случаев.

Вследствие применения расширителя, особенно у больных с избыточной массой тела и лиц старческого возраста, после извлечения желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии, брюшина становится более подверженной растяжению, вследствие нарушения ее целостности, а рана, учитывая толщину подкожной клетчатки, не всегда ушивается послойно. В этой области брюшная стенка теряет свою прочность, что приводит к появлению троакарных вентральных грыж.

Цель. Изучить результаты лечения больных после лапароскопической холецистэктомии с профилактикой троакарных грыж.

Материал и методы. У 69 больных при проведении лапароскопической холецистэктомии, выполнялась профилактика троакарных грыж. Суть способа заключается в следующем. Проводят троакарный лапароцентез и холецистэктомию. Учитывая высокий риск инфекционных осложнений у тучных пациентов со стороны операционных доступов, при эвакуации желчного пузыря с целью исключения контакта с раневым каналом применяют 20 мм расширитель (Патент РФ на полезную модель № 58893, 2006 г.), который устанавливают в трансумбиликальной точке. Затем производят удаление расширителя по извлечению желчного пузыря. Из полипропиленовой сетки выкраивается круглый эксплантат, диаметром 2,5 - 3 см, который укладывается поверх апоневроза и фиксируется к нему 2-3 швами. После чего проводят ушивание кожи.

Результаты и обсуждение. Ранний послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Послеоперационные раны у всех пациентов зажили первичным натяжением. При обследовании в отдаленном периоде ни в одном случае не обнаружено образования троакарной грыжи.

Выводы. Таким образом, разработанный способ профилактики послеоперационных троакарных грыж показал свою эффективность и его можно рекомендовать в качестве стандарта лечения как дополнительный этап лапароскопических вмешательств.

Литература:

1. Бебуришвили, А.Г. Вентральные грыжи после лапароскопической холецистэктомии / А.Г. Бебуришвили // Эндоскоп. хирургия. - 2004. - №1 - С. 20.
2. Троакарные грыжи передней брюшной стенки после видеолaparоскопических операций / В.И. Оскретков // Герниология 2005. - № 4 - С. 19-21.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

Гецадзе Г.Н., Жулев С.А., Казакова Е.О., Толтыго Е.М.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Грыжи самостоятельно не излечиваются. Лечение грыж всегда является актуальной проблемой. Среди острых хирургических заболеваний брюшной полости ущемление грыжи по частоте занимает 2-е место после острого аппендицита. Известно, что способы пластики с использованием тканей организма, не всегда позволяют исключить рецидивы. В последние годы предпочтение отдается пластике грыж с использованием сетчатого протеза - эксплантата.

Цель. Анализ лечения неосложненных и ущемленных грыж передней брюшной стенки и разработка наиболее рациональной хирургической тактики.

Материал и методы. Использовались материалы хирургического лечения грыж различной локализации в факультетской клинике ВГМУ на базе УЗ ВГК БСМП г. Витебска в 2006 - 2008 гг. Проведен ретроспективный анализ 534 результатов грыжесечений, в том числе 177 по поводу ущемленных грыж.

Результаты и обсуждение. В 2006 - 2008 гг. отмечался рост оперированных паховых грыж (с 43,3% в 2006 г. до 63% в 2008 г.), бедренных грыж (с 0% в 2006 г. до 2,3% в 2008 г.) на фоне снижения процента прооперированных пупочных (с 20% в 2006 г. до 13,3% в 2008 г.), послеоперационных вентральных грыж (с 18,9% в 2006 г. до 7,5% в 2008 г.). В общей структуре грыжесечений:

Паховые грыжи: по Бассини - 40, Мартынову - 2, Шолдайсу - 20, Постемпскому - 31, Жирару - 4, Жирару - Спасоку-коцкому - 4, Жирару-Спасокукоцкому - Кимбаровскому - 8, послойное ушивание без указания вида пластики - 10, Нихусу - 2, Лихтенштейну - 76.

Бедренные грыжи: по Бассини - 3, Руджи - 2, послойное ушивание без указания вида пластики - 2.

Пупочные грыжи: по Мейо - 46, Сапежко - 5, послойное ушивание без указания вида пластики - 4, Напалкову - 1.

Послеоперационные вентральные грыжи: по Мейо - 9, Белоконеву - 2, швами Кунца - 1, послойное ушивание без указания вида пластики - 16, Сапежко - 18.

Грыжи белой линии живота: по Мейо - 2, Сапежко - 4, послойное ушивание без указания вида пластики - 5, Напалкову - 1.

Грыжи спигелевой линии: пластика швами Кунца - 1.

Интерстициальные грыжи: послойное ушивание без указания вида пластики - 1.

Рецидивные паховые грыжи: по Постемпскому - 3, послойное ушивание без указания вида пластики - 4, Бассини - 1, Лихтенштейну - 29.

Общее число операций по поводу ущемленных грыж в 2006-2008 гг. составило 177 (паховые - 82, послеоперационные вентральные - 39, пупочные - 29, бедренные - 11, рецидивные паховые - 9, белой линии живота - 7).

Произведены следующие пластики грыжевых ворот.

При паховых грыжах: по Бассини - 18, Жирану - 8, Постемпскому - 21, Лихтенштейну - 24, Шолдайсу - 6, Мартынову - 1, послойное ушивание без указания вида пластики - 14.

При рецидивных паховых грыжах: по Лихтенштейну - 5, Бассини - 1, Постемпскому - 2.

При бедренных: по Бассини - 10.

-При послеоперационных вентральных: швами Кунца - 5, Сапежко - 5, Мейо - 2, послойное ушивание без указания вида пластики - 20.

При пупочных: по Мейо - 23, Сапежко - 1, Кунцу - 2, МТ - 2.

При грыжах белой линии живота: по Сапежко - 1, Кунцу - 1, послойное ушивание без указания вида пластики - 3.

При грыжах Спигелевой линии: по Кунцу - 1, послойное ушивание без указания вида пластики - 1.

Выводы.

1. В хирургическом лечении грыж выявляется отчетливая тенденция к росту ненапряжных методов пластики грыжевых ворот.

2. К сожалению, сохраняется высокий уровень применения напряжных методов пластики грыжевых ворот при послеоперационных вентральных и рецидивных паховых грыжах.

3. Своевременная хирургическая санация грыж в плановом порядке позволит снизить количество экстренных вмешательств.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

*Джафаров Э.Т., Ступин В.А., Черняков А.В.,
Басарболиева Ж.В.
ГОУВПО "РГМУ Росздрава",
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Проблеме ближайших результатов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) посвящено большое количество исследований, между тем, успех лечения во многом зависит от качества жизни и рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде.

Цель. Оценить отдаленные результаты хирургического лечения у больных после протезирующей герниопластики.

Материал и методы. За период с 1998 по 2008 год оперировано 413 пациентов с ПОВГ. В сроки более 1 года после операции обследовано 216 пациентов. Из них 67 оперированы по методу однослойной пластики, 62 - дубликатурной, 55 - sublay и 32 - inlay. Показаниями к пластике sublay были грыжи W2 (по классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath, 1999) и W3 в сочетании с нормальным (менее 15 см водного столба) показателем внутрибрюшного давления. Пластика inlay выполнялась при грыжах W4 и W3 в сочетании с повышенным внутрибрюшным давлением. Отдаленные результаты анализировались по качеству жизни с использованием опросника SF-36 у

пациентов без рецидива, частоте рецидивов после протезирующей пластики и данным ультразвукового исследования (УЗИ).

Результаты и обсуждение. Использование протезирующих операций позволило улучшить все показатели качества жизни ($p < 0,05$). После операций sublay значительно восстановились показатели, характеризующие роль физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (93 ед), социальная (89 ед) и физическая активность (82 ед), несколько меньшими были показатели боли (76 ед), психического здоровья (67 ед) и жизнеспособности (64 ед). Минимальным был показатель общего здоровья (52 ед). После операции inlay все показатели имели несколько меньшие значения. Максимальными были социальная (77 ед) и физическая (68 ед) активность, приближался к ним уровень боли (64 ед), остальные показатели имели значения ниже 60 ед. Восстановление физической активности было максимальным после пластики sublay. Это объясняется положительным эффектом ликвидации диастаза прямых мышц и более полным восстановлением функции брюшного пресса. После операций inlay выраженной физической реабилитации не отмечено в связи с сохранением диастаза мышц и наличием функционально неактивного участка брюшной стенки - эндопротеза, образующего лишь механическое препятствие для выхода внутренних органов. После пластики местными тканями не произошло улучшения показателей уровня боли, общего здоровья, жизнеспособности и ограничения повседневной деятельности эмоциональными проблемами ($p > 0,05$). Анализ отдаленных результатов выявил, что частота рецидивов после пластики sublay составила 5 (9,1%) случаев. Рецидивы после пластики inlay сформировались в 3 (9,4%) наблюдениях. Изучение причин рецидивов после протезирующей герниопластики с использованием УЗИ показало, что во всех случаях отмечено возникновение грыжи в стороне от эндопротеза. Нарушения целостности сетчатого эндопротеза не выявлено. Характерными были 2 типа изменений на ультразвуковой картине. В 3 случаях рецидивы сформировались на расстоянии от нормально расположенного эндопротеза. Природа этого явления пока не изучена, не исключена возможность связи с патологией соединительной ткани. В остальных случаях рецидивы возникли с краю от эндопротеза. Они были вызваны техническими дефектами пластики и возникали в результате нарушения фиксации эндопротеза.

Выводы. Применение протезирующей пластики sublay приводит к высокой степени физической, социальной и психологической реабилитации в отдаленном периоде после грыжесечения. Пластика inlay при сопоставимо низкой частоте рецидивов характеризуется менее высокими показателями качества жизни. Для профилактики возврата заболевания первостепенное внимание необходимо уделять отработке хирургической техники и правильному подбору размеров эндопротеза с учетом состояния грыжевых ворот.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РЕТЕНЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗОВ

Джафаров Э.Т., Черняков А.В., Ступин В.А., Жуковский В.А., Басарболиева Ж.В.
ГОУВПО "РГМУ Росздрава",
г. Москва, Российская Федерация,
ООО "Линтекс",
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Протезирующая герниопластика сопровождается частым формированием ретенционных осложнений, что связано с широкой мобилизацией тканей брюшной стенки (БС) и реакцией организма на сетчатый эндопротез.

Цель. Определение эффективности ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике и адекватной коррекции этих осложнений.

Материал и методы. За период с 2006 по 2008 год оперировано 65 пациентов по методам протезирующей герниопластики. В работе проанализированы результаты УЗИ у 48 больных, оперированных по методу sublay и 17 - по методу inlay. Использованы сетчатые эндопротезы Эсфил-Линтекс с поверхностной плотностью 62 г/м². Исследование проводилось с помощью аппарата Esaote Technos MPX на 3, 7 и 14 сутки после грыжесечения. Оценивались экзогенность, экоструктура, наличие, форма и выраженность ретенционных образований брюшной стенки.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде отмечено скопление жидкости вокруг эндопротеза в 53 (81,5%) случаях. Причем, после операций inlay отмечены более высокие частота формирования и объемы жидкостных образований, по сравнению с sublay. Это, вероятно, связано с размерами сетчатых эндопротезов, наличием тканей грыжевого мешка, способных к продукции жидкости и травматичностью операций inlay.

Для изучения эффективности УЗИ в диагностике сером в качестве референтного метода использовались данные, полученные при ревизии раны.

Определены возможности УЗИ в ранней диагностике сером после грыжесечения: чувствительность составила 90,9%, специфичность - 90,0%, позитивная прогностическая ценность - 93,8%, негативная прогностическая ценность - 85,7%.

Результаты исследования выявили зависимость формирования сером от ожирения (2%, $p=0,033$). По-видимому, это связано с повышенной травматичностью операции при мобилизации выраженной подкожно-жировой клетчатки от апоневроза. Серомы чаще возникали после пластики inlay - 12 (70,6%), чем после sublay - 8 (16,7%) случаев ($p<0,001$). Таким образом, формирование сером после протезирующей пластики имело тесную связь с формированием жидкостных образований вокруг эндопротеза.

Учитывая обнаруженную связь частоты формирования сером со свойствами грыжи и характером оперативного вмешательства, а также эффективность УЗИ в

диагностике этого осложнения, мы отказались от диагностического зондирования раны после протезирующей герниопластики во избежание риска инфицирования. В случаях плащевидно-звездчатой формы жидкостного образования, в объеме менее 10 мл проводилось динамическое наблюдение с контролем каждые 2-е суток. При нарастании объема жидкостного образования ситуация рассматривалась как развитие серомы, и тогда проводилась эвакуация путем зондирования раны или пункции.

Динамическое наблюдение было эффективным в тех случаях, когда продукция серозной жидкости нивелировалась последующей резорбцией в тканях БС. Отмечено, что оно было эффективнее после операций sublay: 40 (83,3%) случаев, чем после inlay - 5 (29,4%) случаев ($p<0,05$). Отсюда следует, что пластика inlay в послеоперационном периоде сопровождается значительно большей частотой сером и чаще требует своевременной эвакуации.

Выводы. Суммируя полученные результаты, можно заключить, что серомы являются следствием повышенной травматизации ПБС и представляют собой ответ организма на имплантацию инородного материала, причем его выраженность зависит от способа имплантации эндопротеза. Более выраженное скопление жидкости после операций inlay обуславливает склонность к формированию ретенционных осложнений. Высокие диагностические возможности УЗИ в выявлении ретенционных осложнений указывают на целесообразность использования этого метода после операций грыжесечения.

ТОТАЛЬНАЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

Журавский В.П., Картавилов Г.М., Бураков А.П.
УЗ "Мозырская городская больница",
г. Мозырь, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема хирургического лечения грыж брюшной стенки является по-прежнему актуальной. Это объясняется большой распространённостью патологии и относительно высоким числом послеоперационных рецидивов. Наружными грыжами страдают 4-7% населения. В структуре оперативных вмешательств грыжесечение достигает 20%. Частота рецидивов после "традиционных" операций достигает 10-15%, ненатяжных пластик с использованием сетчатых трансплантатов 5-10%. Большим достижением современной герниологии явилось внедрение в арсенал хирургических клиник патогенетически обоснованного подхода, который включает протезирование задней стенки пахового канала без натяжения собственных тканей. Доставка протеза к задней стенке пахового канала может быть осуществлена как эндовидеохирургическим, так и традиционным доступом. К настоящему времени существует три способа выполнения эндовидеохирургической герниопластики и установки протеза: интраабдоминальный, трансабдоминальный, преперитонеальный и экстраперитонеальный.

Цель. Освоение метода лапароскопической гернио-

пластики и оценка ее позиционируемых преимуществ.

В условиях нашей больницы выполняется тотальная экстраперитонеальная герниопластика. При герниорафии используется сетка из синтетического материала полипропилена. При этой методике троакар вводят между прямой мышцей живота и задним листком ее влагалища без вхождения в брюшную полость. Вводится специальный баллон-диссектор, растяжением баллона отслаивают брюшину, создавая тем самым необходимое пространство. Баллон извлекается, образовавшаяся полость поддерживается введением газа. Препаровку предбрюшинной клетчатки производят тупо с продвижением до лонной кости и гребешковой связки, латерально - до наружных подвздошных и нижних эпигастральных сосудов. Паритетальную брюшину в процессе препаровки отжимают в дорсальном направлении. Выделяют грыжевой мешок, отделяют от него семявыносящий проток и сосуды яичка. Препаровку завершают определением всех потенциальных грыжевых ворот, лежащих между белой линией живота и передней верхней подвздошной остью. Подготавливают площадку для размещения полипропиленовой сетки, при этом важно не травмировать имеющиеся здесь сосудисто-нервные образования. Сетчатый протез размерами 12×17 см вводится через троакар в предбрюшинное пространство, укладывают снаружи от белой линии живота, накрывая все имеющиеся и потенциальные грыжевые ворота. Нами выполнено 84 оперативных вмешательств по выше описанной методике с 2005 г. по настоящее время. Возраст оперированных больных варьировал от 20 до 62 лет. Из вышеуказанного общего числа было 5 женщин. Продолжительность операций составила от 20 до 45 минут. Технические сложности и связанная с ними длительность лапароскопических грыжесечений встречались в раннем периоде освоения техники операций и не повторялись в последующем. У 8 пациентов интраоперационно на этапе освоения методики имело место повреждение брюшины, что несколько затрудняло визуализацию зоны вмешательства. Однако, ни в одном из этих случаев не потребовалось конверсии и операции были завершены лапароскопически. В послеоперационном периоде в 3 случаях имело место осложнение в виде ограниченной гематомы в проекции дефекта поперечной фасции после герниопластики при прямой грыже. Дважды гематомы были эвакуированы путём пункции, в одном случае излечена консервативно. Рецидивов за время амбулаторного наблюдения оперированных нами пациентов выявлено не было. Срок пребывания больных в стационаре составил 3-4 дня. По сравнению с традиционными вмешательствами эндовидеохирургическая герниопластика имеет целый ряд преимуществ. К ним следует отнести: патогенетическую обоснованность протезирования без натяжения задней стенки пахового канала до поперечной фасции, малую травматичность, раннюю реабилитацию, высокое качество жизни после операции, хороший косметический эффект, низкий процент рецидивов и осложнений, возможность одномоментного лечения двухсторонних и комбинированных грыж. Недостатком является необходимость общей анестезии.

Время нетрудоспособности после выполнения эндоскопической герниопластики составляет 15-20 сут.

(до 30 сут. при "традиционных" грыжесечениях). Этот показатель имеет явные преимущества, важное социальное и экономическое значение, особенно у лиц трудоспособного возраста. Что касается стоимости лапароскопической герниопластики, то затраты на операцию нивелируются меньшими сроками стационарного лечения и нетрудоспособности. Учитывая выше изложенное методика тотальной экстраперитонеальной герниопластики представляется актуальной и перспективной в плане использования и дальнейшего изучения отдалённых результатов.

Литература:

1. Егив, В. Н. Атлас оперативной хирургии грыж / В. Н. Егив, К. В. Лядов, П. К. Воскресенский. - М.: Медпрактика - М, 2003.
2. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, М. Т. Эльбашир. - Симферополь: "Бизнес-Информ", 2002.
3. Емельянов, С. И. Эндохирургия паховых и бедренных грыж / С. И. Емельянов, А. В. Протасов, Г. М. Рутенбург. - СПб.: Фолиант, 2000. - С. 156-160.
4. Amid, P. K. The Lichtenstein Open "Tension-Free" Mesh Repair of Inguinal Hernias / P. K. Amid, A. G. Shulman, I. L. Lichtenstein // Surg. Today. - 1995. - Vol. 25. - P. 619-625.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ В ХИРУРГИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Ковалёв С.А., Савостенко И.Я., Ковалкин Е.П.,
Карасёв С.Н., Татаринов В.С., Бас С.И.
УЗ "Могилевская Областная больница",
г. Могилев, Республика Беларусь*

Актуальность. В последнее время в хирургической практике получил распространение метод пластики грыжевых дефектов с применением полипропиленовых сетчатых имплантатов, позволяющий заметно уменьшить число рецидивов.

Цель. Проведение анализа при применении полипропиленовых сетчатых имплантатов (ПСИ) при операциях по поводу послеоперационных вентральных, пупочных и паховых грыж.

Материал и методы. Нами проведено изучение результатов лечения 464 пациентов, оперированных в I хирургическом отделении УЗ "Могилевская областная больница за 2004-2009 гг. с применением метода пластики грыжевых ворот ПСИ. Возраст пациентов был от 25 до 83 лет. Среди прооперированных соотношение мужчин и женщин составило 1:4. Из 1142 операций при грыжах ПСИ были применены в 464 случаях (40,98%). Из них при вентральных грыжах на 338 операциях (91,35%), пупочных на 26(23%) и паховых на 102 (14,67%) операциях. Данный метод был применен при всех рецидивных грыжах, в том числе при вентральных у 31 пациента, паховых у 69, пупочных у 11 больных. Полипропиленовая сетка фиксировалась в 4 случаях поверх

дефекта апоневроза без его ушивания (ненатяжная пластика), в 2х проводилась подапоневротическая пластика ПСИ, у остальных сетчатый имплантат фиксировался поверх ушитого узловыми швами дефекта апоневроза. При пластике вентральных грыж подкожная клетчатка дренировалась ПХВ-трубками по Редону. В 15% при оперативном лечении вентральных грыж выполнялись симультанные операции. При пластике паховых грыж с использованием ПСИ применялась методика Лихтенштейна.

Результаты и обсуждение. В УЗ "Могилевская областная больница" отмечается увеличение числа оперативных вмешательств по поводу грыж с применением сетчатых имплантатов. Так в 2001 г. таких операций выполнено 16,4%, в 2005 г. - 87%, в 2009 г. - 95%. Общее количество осложнений было 6,25%. В раннем послеоперационном периоде при пластике паховых грыж с использованием ПСИ отмечались 3 случая осложнений (2,94%): орхит (2) - проводилась консервативная терапия; гематома в ране (1) - пункция, дренирование. При вентральных и пупочных грыжах осложнений в раннем послеоперационном периоде было 25 (7,39%): расхождение краев раны (17) - накладывались вторичные швы после подготовки раны; серомы и гематомы раны (8) - пунктировались либо дренировались, в том числе под УЗИ-контролем. Серомы и лимфоррея в области послеоперационной раны связаны с мобилизацией больших площадей апоневроза, реакцией подкожной клетчатки на проленовую сетку, особенно у пациентов с ожирением. В позднем послеоперационном периоде с лигатурными свищами после пластики грыж с использованием ПСИ находилось на лечении с 2005 г. 20 пациентов, что связано с использованием при ушивании апоневроза и фиксации полипропиленовой сетки не инертной проленовой нити, а более реактогенных шелка и капрона. Отмечались 3 случая рецидивов при пластике послеоперационных грыж, все они были связаны с использованием имплантата недостаточного размера. Послеоперационной летальности после пластики грыжевых дефектов с ПСИ не было.

Выводы. Опыт применения полипропиленовых сетчатых имплантатов в УЗ "Могилевская областная больница" доказывает эффективность данной методики, обеспечивающей хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения. Для профилактики осложнений необходимо внедрять и более широко использовать методики подапоневротической пластики. При рецидивных грыжах эффективна комбинированная аллопластическая методика с соблюдением принципа "без натяжения". Для профилактики лигатурных свищей рекомендуется использование нерассасывающего синтетического шовного материала (проленовая нить).

Литература:

1. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота / В.В.Жебровский. - М.: ООО "Мед. информ. агентство", 2005. - 384 с.: ил.
2. Гузев, А. И. Пластика при грыжах брюшной стенки с использованием синтетических материалов / А. И. Гузев // Хирургия. - 2001. - Т. 12. - С. 38-40.
3. Гогия, Б. М. Герниопластика с применением

сетчатых имплантатов и без них у больных послеоперационными грыжами передней брюшной стенки / Б. М. Гогия, А. А. Адамян, Р. Р. Аляутдинов // Актуальные вопросы герниологии: материалы конф. - М., 2002. - С. 13.

ВАРИАНТЫ ПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ

Маслакова Н.Д., Киселевский Г.В., Новицкий А.А., Василевский В.П., Ославский А.И., Жотковская Т.С., Савош И.А., Шимко Н.М.
ГУ "1134 Военный медицинский центр ВС РБ",
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Грыжи живота - распространенное заболевание, встречающееся у 3-4% населения. Частота рецидивов колеблется в пределах 10-30%. Актуальность проблемы хирургического лечения грыжи усугубляется тем, что из общего числа больных большинство составляют лица пожилого и преклонного возраста с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания) при наличии возрастных дегенеративных изменений тканей в области грыжи. Закрытие дефектов в подобной ситуации собственными тканями без их натяжения не представляется возможным. Возникает угроза повышения внутрибрюшного давления с последующим развитием осложнений. Важным этапом развития герниопластики явилось внедрение в хирургию грыж живота высокомолекулярных полимерных материалов, благодаря чему появились новые способы лечения грыж различной локализации.

Цель. Оценка разных методов аллопластики при ликвидации грыжевых дефектов и восстановлении анатомо-физиологических особенностей пахового канала, с использованием ненатяжной герниопластики комбинированным методом с помощью швов и имплантатов. Выбор метода пластики, нацеленный на высокую прочность и максимально низкий эффект послеоперационного повышения внутрибрюшного давления.

Материал и методы. За период с 2007 по 2009 год на базе ГУ "1134 ВМЦ ВС РБ" г. Гродно было выполнено 19 операций с применением полипропиленовой сетки (из них: 7 операций по поводу вентральной послеоперационной грыжи; 2 - по поводу грыжи белой линии живота; 2 - невправимой пупочной грыжи; 2 - сочетанной грыжи белой линии живота и пупочной грыжи; 2 - по поводу рецидивирующей паховой грыжи; 1 - левосторонней скользящей пахово-мошоночной грыжи; 3 - при невправимых пахово-мошоночных грыжах).

Весь контингент больных, в соответствии с классификацией ВОЗ, был представлен тремя группами: 1) пациенты зрелого возраста (30-44 лет) составили 2 человека, 10,53%; 2) пациенты среднего возраста (45-59 лет) - 4 человека - 21,05%; 3) пожилого возраста (60-74 лет) - 13 человек - 68,42%. Большинство оперированных,

16 (84,2%), - составили мужчины, женщин - 3 (15,8%). Сопутствующие заболевания наблюдались в 10 случаях (56,25%). Преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение, сахарный диабет.

Распределение больных, в зависимости от размера грыжи: W1 (до 5см) - 6 человек (31,58%), W2 (5-10см) - 6 человек (31,58%), W3 (10-15см) - 4 человека (21,05%), W4 (> 15см) - 3 человека (15,8%). В большинстве случаев операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом (12 человек - 63,16%), эпидуральная анестезия - в 7 случаях (36,84%).

Пластика грыжевого дефекта проводилась местными тканями и с использованием полипропиленовой сетки. Предпочтение отдавалось надапоневротическому способу фиксации сетки (on lay). В одном случае использовалась подапоневротическая фиксация. Релаксации и разволокнения апоневроза при больших грыжах (W3,W4) прошивались стежками и гофрировались при связывании узлов, сверху укладывалась сетка в 12,5% случаев. В 4 случаях при обширных W2,W3 (паховые грыжи) выполнялась дубликатура аллотрансплантата по собственной модификации с двумя отверстиями сетки для проведения семенного канатика.

Результаты и обсуждение. Осложнений в раннем послеоперационном периоде два случая - гематома, лимфорея. Время пребывания пациентов в стационаре в среднем составило 9-10 койко-дней. У всех пациентов полностью сохранились трудоспособность и физическая активность. Рецидивов в течение трех лет не наблюдалось.

Выводы. Полученные результаты показывают, что возможность подбора способов укрепления грыжевого дефекта аллотрансплантатов в сочетании с пластикой местных тканей, применения дубликатуры сетки обеспечивает механическую прочность данной области, противостоит воздействию внутрибрюшного давления и позволяет избежать рецидивов.

Литература:

1. Ермолов, А. С. Выбор способа пластики грыж живота полипропиленовыми эндопротезами / А. С. Ермолов // Хирургия. - 2005. - № 8. - С. 16-22.

2. Аргвадзе, В. Ш. Пластика пахового канала / В. Ш. Аргвадзе // Хирургия. - 2005. - № 7. - С. 40-46.

МОДИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИИ ШУЛДАЙСА (SHOULDICE E.E.) В ПЛАНОВОЙ И ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Маслакова Н.Д., Киселевский Г.В., Новицкий А.А., Василевский В.П., Ославский А.И., Жотковская Т.С., Флеров А.О.
ГУ "1134 Военный медицинский центр ВС РБ",
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. По данным многих исследований, основной причиной возникновения рецидивных послеоперационных грыж является недостаточное укрепление

задней стенки пахового канала. Так, отдаленные результаты показывают, что в результате передней пластики возникает от 7 до 12% рецидивов, а у лиц пожилого и старческого возраста при операциях по поводу ущемленной и рецидивной грыжи это число увеличивается до 30% [1]. Наиболее приемлемым методом, по нашему мнению, является метод многослойной пластики по Шулдайсу, который включает в себя укрепление как передней, так и задней стенки пахового канала [2, 3].

Цель. Профилактика рецидивов и уменьшение количества послеоперационных осложнений при проведении герниопластики.

Материал и методы. Для улучшения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения паховых грыж был усовершенствован метод ненапряжной герниопластики Шулдайса (Shouldice). 1 этап: непрерывным швом ушивается поперечная мышца живота с пупартовой связкой; 2 этап: непрерывным швом ушивается внутренняя косая мышца и пупартова связка; 3 этап: ушивается наружная косая мышца и апоневроз наружной косой мышцы с формированием дубликатуры. Таким образом, получаем 4-х слойную пластику, что особенно важно у пациентов пожилого возраста, при разволокнении или отсутствии поперечной фасции.

Был проведен анализ лечения 74 пациентов с пахово-мошоночными грыжами (мужчины в возрасте от 18 до 83 лет), из них 46 - с прямыми грыжами, 22 - с косыми, 6 - с ущемленными косыми грыжами, оперированных в период с 2006 по 2008 гг. Больные находились на лечении в ГУ "1134 ВЦ ВС РБ". Все пациенты были оперированы под спинальной анестезией. Предлагаемый способ осуществляется следующим образом: так как поперечная фасция присутствовала только у 30% пациентов, причём была крайне истончена и разволокнена, было решено отказаться от её использования в качестве пластического материала.

Первый и второй ряды непрерывного шва накладываются поочередно, между поперечной мышцей живота и паховой связкой и внутренней косой мышцей живота и паховой связкой. Третий ряд непрерывного шва: паховая связка подшивается к апоневрозу наружной косой мышцы живота с формированием дубликатуры. Причём, надкостница лобковой кости не участвует в формировании непрерывного шва, что обуславливает отсутствие послеоперационного воспаления надкостницы.

Результаты и обсуждение. Усовершенствование метода герниопластики было направлено на снижение числа послеоперационных осложнений, парестезий, дизурических расстройств, половой дисфункции, дискомфорта и боли над лоном в отдалённом послеоперационном периоде, асептического периостита лобковой кости.

Осложнений не наблюдалось. Средняя длительность госпитализации составила 5-7 дней. Отдаленные результаты операции прослежены в сроки от года до двух лет. Рецидивов не наблюдалось. Все работающие сохранили свою специальность. Отсутствовали послеоперационный дискомфорт, боли, парестезии. Опрос оперированных не выявил нарушений половой функции.

Выводы. Таким образом, предлагаемая методика четырехслойной пластики, имеет преимущества перед традиционными методами оперативного лечения,

является универсальным вмешательством при косой, прямой, ущемленной рецидивной паховой грыже. Представленная модификация позволяет эффективно производить реконструкцию пахового канала, укрепляя как переднюю, так и заднюю стенку, что обуславливает отсутствие рецидивов, даёт возможность снизить количество послеоперационных осложнений, улучшить отдаленные результаты, не требует применения наркоза, сложной аппаратуры, дорогостоящих протезов, позволяет рекомендовать ее в широкую хирургическую практику.

Литература:

1. Хирургическое лечение паховых грыж / А.С. Абоев [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2006. - №3. - С. 55-58.
2. Результаты операции Шулдайса в плановой и экстренной хирургии / Ю.А. Нестеренко [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2005. - № 2. - С. 49-53.
3. Bendavid, R.H. The Shouldice technique a canon in hernia repair / Bendavid, R.H // Can. J. Surg. -1997- №40. - P. 199-205.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Мухин А.С., Мортин А.В.
НижГМА, БСМП,
г. Дзержинск, Российская Федерация

Актуальность. Проблема профилактики послеоперационных вентральных грыж до сих пор остаётся нерешённой. Подавляющее большинство научных работ посвящено проблемам лечения уже имеющегося заболевания и гораздо меньше сделано для предупреждения болезни [1]. Все разработки, посвящённые способам закрытия лапаротомных ран, различным шовным материалам и способам их наложения, не привели к уменьшению количества этой категории больных. Наши новшества сталкиваются с новыми факторами, безусловно способствующими образованию послеоперационных грыж (увеличение числа симультанных и расширенных операций, увеличение числа неоднократно оперированных больных, расширение показаний к операциям у людей пожилого и старческого возраста и т.д.) [2]. Поэтому перспективным направлением профилактики послеоперационных грыж, с нашей точки зрения, является превентивное эндопротезирование у пациентов, имеющих высокий риск развития послеоперационных вентральных грыж. Подобные сообщения с хорошими отдалёнными результатами уже есть в литературе (В. Godquin (1979), М. Rogers (2003), С. Brandt (1995), Б.С. Суковатых (2007)). Создана количественная шкала для определения показаний к абсолютной и относительной превентивной пластике передней брюшной стенки [3]. Нами также проводится работа по данной теме.

Цель. Предупреждение развития послеоперационных вентральных грыж посредством превентивной пластики брюшной стенки полипропиленовым сетчатым эндопротезом во время операций на органах брюшной полости.

Материал и методы. Нами было отобрано 12 пациентов, оперированных по поводу острого кальку-

лёзного холецистита. Из факторов, способствующих грыжеобразованию, мы ориентировались на следующие: возраст, наличие ожирения и его степень, наличие диастаза белой линии живота, физическая активность, состояние дыхательной системы, функциональное состояние кишечника, состояние мочевыделительной системы, профессия, первичность операции. Для эксперимента мы отобрали пациентов с практически одинаковыми показателями вышеперечисленных факторов.

Результаты и обсуждение. Больные были разделены на две равные группы. В первой группе послеоперационная рана зашивалась обычным способом: послойное ушивание отдельными узловыми швами. Во второй группе мы применили эндопротезирование полипропиленовой сеткой "Линтекс". Эндопротез располагали в предбрюшинном пространстве и фиксировали его по периметру. При отсутствии рубцово-спаечных изменений брюшина хорошо отслаивается от заднего листка влагалища прямых мышц живота, особенно если использовать гидравлическую препаровку тканей. Кроме того, в данном случае не требуется создание значительного по ширине пространства для эндопротеза. Размер эндопротеза по длине мы определяли из соображения, что он на 4 см должен заходить за верхний и нижний край разреза на апоневрозе. Проводили тщательный гемостаз и, учитывая малый объём, пространство над эндопротезом не дренировали. В послеоперационном периоде не наблюдали ни одного случая образования клинически значимых сером, ни в первой, ни во второй группах. Отсутствие сером во второй группе наблюдения можно объяснить малой площадью имплантированного эндопротеза и нормальным состоянием окружающих его тканей, что, несомненно, должно влиять на формирование сером. При выписке из стационара пациентам из первой группы было рекомендовано ношение послеоперационного бандажа в течение 6 месяцев и ограничение физических нагрузок на этот же срок. Пациентам из второй группы рекомендовали только ограничение физических нагрузок. Все пациенты осмотрены через 1 год после операции. В первой группе у всех 6 пациентов выявлены послеоперационные грыжи разных размеров, во второй группе послеоперационных грыж не выявлено.

Выводы.

Наша попытка оценить в качестве профилактики послеоперационных вентральных грыж превентивное эндопротезирование передней брюшной стенки - это только первый, пробный шаг к более детальному и ширококомасштабному исследованию, которое мы сейчас проводим. По нашему мнению, именно эта методика позволит снизить заболеваемость послеоперационными вентральными грыжами.

Литература:

1. Тоскин, К. Д. Грыжи брюшной стенки / К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский. - М.: Медицина, 1990. - 191 с.
2. Гогия, Б. Ш. Первичное закрытие лапаротомной раны сетчатым эндопротезом с целью предупреждения возникновения послеоперационной грыжи / Б. Ш. Гогия, А. А. Адамян, А. В. Фёдоров // Хирургия. - 2007. - № 9. - С. 50-52.
3. Профилактика послеоперационных вентральных грыж при помощи полипропиленового эндопротеза / Б. С. Суковатых [и др.] // Хирургия. - 2007. - № 9. - С. 46-50.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Новиков С.В.

УО "Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Вопросы хирургического лечения грыж передней брюшной стенки на современном этапе имеют большое практическое и экономическое значение. Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов операций по поводу грыж передней брюшной стенки. Проблема хирургического лечения вентральных грыж остаётся одной из наиболее острых проблем абдоминальной хирургии. Связано это в первую очередь с большой распространённостью заболевания [1]. Приоритетным направлением в современной герниологии является достижение максимальной радикальности герниопластики за счёт полного либо частичного восстановления анатомической целостности брюшной стенки. Особого внимания заслуживают пациенты с вентральными грыжами больших размеров, так как одномоментное вправление объёмного грыжевого содержимого в брюшную полость с последующей пластикой передней брюшной стенки может вызвать резкое повышение внутрибрюшного давления, что приводит к нарушению сердечно-сосудистой деятельности и дыхательной функции [2, 3].

Цель. Разработать способ радикальной пластики передней брюшной стенки при лечении вентральных грыж и предотвратить развитие нарушений сердечно-сосудистой деятельности и дыхательной функции в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Разработан метод интраабдоминальной герниопластики полипропиленовым имплантатом с интраоперационным контролем внутрибрюшного давления (приоритетная справка № а 20081678).

Результаты и обсуждение. В 2006 г. прооперировано 45 пациентов по разработанной методике. Размеры грыж: средние - 18, большие - 11, гигантские - 16 (по классификации Тоскина К.Д., Жебровского В.В, 1990). Интенсивная терапия в послеоперационном периоде в условиях реанимационного отделения понадобилась 2 пациентам (4,4%). Длительность лечения в реанимационном отделении: 1 пациент с грыжей средних размеров - 1 койко-день, 1 пациент с гигантской грыжей - 2 койко-дня.

Выводы. Предлагаемый метод интраабдоминальной герниопластики полипропиленовым имплантатом с интраоперационным контролем внутрибрюшного давления позволяет предупредить резкое повышение внутрибрюшного давления, приводящее к нарушению сердечно-сосудистой деятельности и дыхательной функции у пациентов в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский - М.: МИА, 2005. - 384 с.

2. Хирургия послеоперационных грыж живота / И.Ф. Бородин [и др.] - Минск: "Беларусь", 1986. - 159 с.

3. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А.Д. Тимошин [и др.] - М.: "Триада-Х", 2003. - 144 с.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ

Орехов Г.И.

Брянская областная больница №1,
г. Брянск, Российская Федерация

Актуальность. Наружные грыжи живота - одно из самых частых заболеваний в общехирургической практике. Операции по поводу паховых грыж занимают по частоте первое место как в нашей стране, так и за рубежом. В России ежегодно выполняется около полумиллиона герниопластик, в США около 700 000, в Европе более миллиона [1]. Однако проблемы герниологии не стали менее актуальными, прежде всего потому, что результаты операций не могут полностью удовлетворять ни больных, ни хирургов. Рецидив грыжи составляет до 10% при простых формах и до 30% - при сложных. Полностью не решен вопрос осложнений в послеоперационном периоде, связанных с проведением современных методов герниопластики, в частности, сером грыжевого мешка и паховой области [2].

Цель. В результате клинических и морфологических исследований с целью профилактики возникновения сером грыжевого мешка в послеоперационном периоде разработан способ лечения пахово-мошоночной грыжи при лапароскопической трансабдоминальной герниопластике.

Материал и методы. Предлагаемое изобретение относится к области клинической медицины и может быть использовано при лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластике. В отличие от разработанного способа известен способ лечения пахово-мошоночных грыж как трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика, включающий в себя выделение большого грыжевого мешка, как правило, находящегося в плотных сращениях с элементами канатика, выделение и удаление брюшинного покрова грыжевого мешка или оставление грыжевого мешка в мошонке [3]. Недостатком его является то, что чаще всего подобная методика операции сопровождается скоплением жидкости в виде серомы или гематомы грыжевого мешка, а также воспалительными реакциями. Исходя из вышеизложенного, задача изобретения состояла в том, чтобы исключить образование серомы грыжевого мешка в послеоперационном периоде.

Сущность изобретения состоит в том, что грыжевой мешок выделяют, инвагинируют и фиксируют мягкими зажимами в брюшной полости, производят электродемукозацию брюшинного покрова грыжевого мешка при помощи шарикового электрода в режиме коагуляции. Грыжевой мешок помещается в мошонку, после чего

Таблица. Осложнения после лапароскопической герниопластики у больных контрольной и основной групп

Осложнения в послеоперационном периоде	Основная группа (40 пациентов)		Контрольная группа (40 пациентов)	
	n	%	n	%
Серома грыжевого мешка	36	90	-	-
Повторная госпитализация	7	17,5	-	-
Неоднократная пункция серомы	19	47,5	-	-
Вскрытие серомы миниразрезом	5	12,5	-	-
Напряженная серома с воспалением	3	7,5	-	-

циркулярно рассекают брюшину по краю грыжевых ворот, края брюшины мобилизуют. Затем производится собственно герниопластика - фиксация сетчатого полипропиленового протеза к краям грыжевого дефекта герниостеплером. Брюшина сводится над протезом и фиксируется 5 мм клипсами.

Исходя из того факта, что именно брюшинный покров принимает активное участие в формировании серомы, демукозация брюшинного покрова грыжевого мешка является патогенетически обоснованным методом, который исключает образование серомы грыжевого мешка.

Клинические испытания проведены 2-х группах пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 65 лет с косыми пахово-мошоночными грыжами. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование. Пациентам основной группы (40 больных) проводилась лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика без электрокоагуляционной демукозации грыжевого мешка, 40 пациентам контрольной группы обработка грыжевого мешка проводилась предлагаемым способом. При анализе операций обращалось внимание на особенности техники операции, интра- и послеоперационные осложнения. Все показатели подвергались статистической обработке.

Результаты и обсуждение. Наблюдения за пациентами с косой пахово-мошоночной грыжей после лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики с использованием предлагаемого способа операции показали, что в послеоперационном периоде не происходит скопления жидкости в грыжевом мешке.

Ранний послеоперационный период у обеих групп не отличался и протекал без особенностей. Все больные контрольной группы жаловались на незначительную болезненность в местах троакарных доступов. Паховая область, область мошонки с грыжевым мешком была без изменений и безболезненна. У 36 (90%) больных в отдаленном послеоперационном периоде (14-20 дней) возникла серома грыжевого мешка, которая потребовала у 7 (17,5%) - повторной госпитализации, а у 19 (47,5%) - неоднократной пункции грыжевого мешка с эвакуацией содержимого. У 5 (12,5%) пациентов проводилось вскрытие серомы миниразрезом с оставлением перчаточного выпускника до трех суток. У 3 (7,5%) пациентов отмечалась напряженная серома грыжевого мешка с воспалением (таблица).

Пациенты основной группы жаловались на незначительную болезненность в местах троакарных доступов. Данных за серому грыжевого мешка в отдаленном периоде не выявлено. Пациенты обеих групп выписаны из стационара на 2-е сутки после операции, осмотрены через 4-8 месяцев после оперативного лечения, рецидивов грыж не выявлено.

На способ лечения пахово-мошоночной грыжи при лапароскопической трансабдоминальной герниопластике получен патент РФ на изобретение № 2303408 от 27 июля 2007 года.

Использование предлагаемого способа лечения пахово-мошоночной грыжи при лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластике позволяет сделать следующие **выводы**:

1. Способ характеризуется малой травматичностью из-за сохранения демукозированного серозного покрова в грыжевом мешке.

2. Демукозированный серозный покров грыжевого мешка не продуцирует жидкость, которая, скапливаясь в нем, формирует серому грыжевого мешка.

3. Способ обеспечивает восстановление трудоспособности пациента в кратчайшие сроки после операции и исключает повторные оперативные вмешательства и манипуляции.

Таким образом, предлагаемый способ лечения снижает вероятность развития послеоперационных осложнений, в частности сером грыжевого мешка в паховой области.

Литература:

1. Борисов, А. Е. Выбор способа герниопластики / А. Е. Борисов, С. С. Митин // Хирургия: тез. докл. 6 Всерос. съезда по эндоскоп. хирургии. - М., 2003. - С. 23.
2. Оправдана ли лапароскопическая пластика при пахово-мошоночной грыже? / Г. М. Рутенбург // Эндоскопическая хирургия: тез. докл. 4 Всерос. съезда по эндоскоп. хирургии, Москва, 21-23 февр. 2001 г. - № 3. - С. 71.
3. Spaw, A. T. Laparoscopic hernia repair: The anatomic basis / A. T. Spaw, B. W. Ennis, L. P. Spaw // Laparoendoscopic Surgery. - 1991. - Vol. 1. - P. 269-277.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

Пряхин А.Н., Миляева О.Б.
Уральская государственная медицинская академия
дополнительного образования,
Челябинский государственный институт лазерной
хирургии,
г. Челябинск, Российская Федерация

Актуальность. Хирургия грыж является одной из самых обсуждаемых проблем в хирургии из-за достаточно высокого числа их рецидивов.

Цель. Оценить эффективность применения лапароскопических технологий и высокоинтенсивного лазерного

излучения с длиной волны 970 нм при коррекции наружных грыж живота.

Материал и методы. Мы располагаем опытом выполнения 217 лапароскопических герниопластик наружных грыж живота: 157 паховых и бедренных грыж, 29 пупочных, 27 грыж белой линии живота, 3 послеоперационных и 1 грыжи Спигелевой линии. Возраст пациентов находился в диапазоне от 19 до 73 лет, составив в среднем $42,7 \pm 14,2$ лет. Больных мужского пола было 153 (70,5%), женского - 64 (29,5%). Все эндоскопические протезирующие операции выполнялись трансбрюшинным преперитонеальным способом. В качестве имплантата использовали монофиламентный полипропиленовый сетчатый протез Surgipro Mesh (Auto Suture). В ходе эндоскопической герниопластики грыжевые ворота диаметром 3 см и более ушивали интракорпоральными швами. Фиксировали имплантат в 36 (16,6%) случаях эндоскопическим степлером Endo Universal, у остальных пациентов - узловыми интракорпоральными швами нитями Ethibond 2-0. Диссекцию тканей и гемостаз в ходе герниопластики в 52 (23,9%) случаях производили с помощью монополярной электрокоагуляции, в 165 (76,1%) наблюдениях - высокоинтенсивным лазерным излучением с длиной волны 970 нм (полупроводниковый лазер ЛС-0,97-ИРЭ-ПОЛЮС). Дефект брюшины восстанавливали непрерывным интракорпоральным швом нитью "Vicril".

Результаты и обсуждение. В профилактике местных осложнений лапароскопической герниопластики важное значение имеют максимально бережная препаровка тканей и тщательный гемостаз. Применение луча лазера вместо электрокоагуляции позволило выполнить диссекцию и прицельный гемостаз с минимальным термическим повреждением окружающих тканей. Статистически достоверных различий в продолжительности операций при использовании лазерного излучения и высокочастотной электроэнергии мы не обнаружили. Герниопластику с фиксацией имплантата швами выполняли в среднем за $93,3 \pm 17,8$ мин, при использовании степлера - за $57,2 \pm 9,5$ мин ($p < 0,01$). Однако, не смотря на высокую техническую сложность и большую продолжительность операции, применение швовой методики позволило

- значительно увеличить надежность фиксации протеза, избежав рецидивов в этой группе пациентов;
- уменьшить риск повреждения нервных стволов и сосудов, поскольку техника интракорпорального шва позволяет лучше (в сравнении со степлером) визуализировать ткани, контролировать глубину их прошивания и степень сдавления тканей при затягивании узлов;
- в три раза снизить стоимость расходных материалов для операции.

Использование степлера для фиксации имплантата, по нашему мнению, оправдано только при необходимости сократить продолжительность операции, как правило, в следующих ситуациях: выполнение двусторонних пластик и симультанных операций; наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии. Интраоперационных осложнений и конверсии не было. В послеоперационном периоде осложнения наблюдали только после пластик паховых грыж: в 1 случае гематому паховой области, 1

орхоэпидидимит, 3 невралгии. Гематома удалена пункцией под УЗ контролем. Причина осложнения - грубая препаровка тканей при выделении грыжевого мешка с использованием электрокоагуляции. Невралгии отмечены только после фиксации протеза степлером. Рецидив возник в 1 (0,46%) случае на этапе освоения методики (первые 20 операций) у больного с рецидивной пахово-мошоночной грыжей через два месяца после операции. Причина осложнения - пролабирование протеза через неушитый грыжевой дефект диаметром 5 см и ненадежная его фиксация герниостеплером. Продолжительность госпитализации у пациентов с различными видами грыж живота достоверно не различалась и составила в среднем $2,1 \pm 0,36$ суток. Сроки восстановления трудоспособности пациентов находились в диапазоне от 4 до 14 суток, в среднем 6,7 суток.

Выводы. Лапароскопическая предбрюшинная герниопластика в условиях адекватного технического оснащения операционной и достаточной квалификации хирургической бригады является эффективным и безопасным методом коррекции наружных грыж живота. Профилактика осложнений и рецидивов заключается в бережной диссекции тканей с использованием современных высокотехнологичных способов диссекции и коагуляции (в частности высокоинтенсивного лазерного излучения); применении имплантата адекватного размера с фиксацией последнего интракорпоральными швами

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Стебунов С.С.

ГУ "Республиканский клинический медицинский центр" Управления делами Президента РБ, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. С момента появления первых сообщений о применении лапароскопического метода в хирургическом лечении паховых грыж прошло более пятнадцати лет. В настоящее время этот метод был признан "золотым стандартом" в лечении грыж паховой локализации [1, 2].

Цель. Изучение результатов использования лапароскопической герниопластики в течение последних 5 лет, а также определение места лапароскопической герниопластики в лечении паховых грыж.

Материал и методы. Всего в клинике за этот период был оперирован 461 больной по поводу паховых грыж. Лапароскопических герниопластик было выполнено 152 (33%) у больных в возрасте от 28 до 86 лет. Операции произведены в 119 случаях по поводу косой паховой грыжи, 28 - прямой, 5 - пахово-мошоночной. Рецидивная паховая грыжа наблюдалась в 13 случаях, двухсторонняя - 22. Симультанно с грыжесечением производилось 64 вмешательства. У 19 больных грыжесечение сочеталось с холецистэктомией, в одном случае с фундопликацией, в 11 - с пластикой пупочного кольца, в 4 - с гинекологическими вмешательствами, в 5 - с биопсией

печени и фенестрацией кисты, в 2 - с грыжесечением вентральной грыжи, в 22 случаях - с грыжесечением с другой стороны. У 14 больных было выполнено сразу три хирургических вмешательства. Из 24 случаев двухсторонней герниопластики у 6 больных во время операции была выявлена и ликвидирована коллатеральная паховая грыжа небольших размеров.

Результаты и обсуждение. Интраоперационные осложнения: кровотечение из нижней надчревной артерии (остановлено прошиванием через переднюю брюшную стенку). Послеоперационные осложнения встречались в 7 случаях (4,6%): гематома мошонки (консервативная терапия); кровотечение из прокола (релапароскопия); у 2 больных - невралгия кожного нерва бедра и еще у 2 - водянка оставленной части грыжевого мешка (излечена путем неоднократных пункций). У одного больного на 3 сутки возникла клиника спаечной кишечной непроходимости, потребовавшая также релапароскопии.

Средняя длительность стационарного лечения составила $5,2 \pm 2,3$ дня. В течение до 5 лет рецидивы грыжи произошли у 3 больных (1,9%). Во всех случаях при повторной операции выявлено, что причиной рецидива послужили недостаточная фиксация и смещение сетки. При сравнении с традиционными методами герниопластики, применяемыми в клинике, количество рецидивов после лапароскопической методики меньше в 2,2 раза.

При сопоставлении результатов традиционной и лапароскопической герниопластики выявлены преимущества последней. Это выразалось в более легком течении послеоперационного периода, возможности диагностики сопутствующей патологии и устранения ее по ходу операции без дополнительных разрезов. Преимущества метода наиболее явны при двухсторонних грыжах и рецидивах.

Выводы. Лапароскопическая герниопластика является перспективным малоинвазивным направлением лечения паховых грыж. Это вмешательство является безопасным, малотравматичным, не приводит к увеличению количества осложнений и рецидивов заболевания, в сравнении с аналогичными традиционными методами оперативного лечения, сопровождается короткими сроками лечения и реабилитации больных. Все это позволяет в случае необходимости увеличивать объем симультанного вмешательства, не ухудшая результатов лечения.

Литература:

1. Эндовидеолапароскопическая герниопластика / П. В. Гарелик [и др.] // Герниология. - 2005. - № 3. - С. 12.
2. Луцевич, О. Э. Интраоперационная лапароскопическая герниопластика / О. Э. Луцевич, С. А. Гордеев, Ю. А. Прохоров // Лапароскопическая хирургия органов брюшной полости: материалы науч. конф. - Москва, 1996. - С. 48-49

ГЕРНИОПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Штурич И.П., Косинец В.А., Ермашкевич С.Н.,
Оладько А.А., Украинец Е.А., Украинец С.Е.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
УЗ "Витебская областная клиническая больница",
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. Частота возникновения послеоперационных вентральных грыж после оперативных вмешательств на органах брюшной полости составляет 20-25% [1].

Использование аллопластических способов закрытия грыжевых дефектов в клинической практике позволяет улучшить результаты лечения. Это привело к снижению числа рецидивов до уровня 1,8%, тогда как при аутопластике этот показатель составляет 25 - 49% [2, 3].

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 453 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ "Витебская областная клиническая больница" с 2000 по 2010 гг. Все пациенты имели сопутствующие заболевания (преимущественно - артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ожирение).

Из методов устранения послеоперационных вентральных грыж аутопластика использовалась у 218 пациентов (48,1%), из них у 211 - с использованием полиспасных швов, у 1 - по Напалкову и у 6 - по Мейо.

Аллопластические способы герниопластики используются в клинике с 2004 года и применены у 235 пациентов (51,9%). В надпоясничном пространстве фиксация эндопротеза выполнена у 87, в подпоясничном (или ретромультиарно) - у 147, пластика без натяжения тканей (фиксация эндопротеза по краю грыжевых ворот) - у 1 пациента.

У 17 пациентов грыжесечение дополнено удалением избытка кожи с подкожной клетчаткой (кожно-жирового лоскута). Этапы операции заключались в следующем: разметка операционного поля, горизонтальный разрез внизу живота (максимальный эстетический эффект от его применения достигается при расположении даже длинного рубца в пределах зоны "плавков"), широкая мобилизация кожно-жирового лоскута до уровня края реберных дуг, грыжесечение и подпоясничная или ретромультиарная аллопластика, резекция избыточной части лоскута, транспозиция или формирование пупка, дренирование подкожной клетчатки, наложение внутрикожного шва. В послеоперационном периоде пациентам на вторые сутки разрешали садиться в постели. Проводилась антибиотикопрофилактика, для предупреждения ТЭЛА назначали антикоагулянты прямого действия (клексан, фраксипарин).

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде легочно-сердечные осложнения возникли у 2 пациентов (0,4%), из них 1 умер (0,2%).

Местные осложнения после аутопластики наблюдались у 8 (3,7%) пациентов (инфильтрат брюшной полости - 1, гематома операционной раны - 4, нагноение операционной раны - 3, после аллопластики - у 15 (6,4%) пациентов (серома при надпоясничном расположении эндопротеза - 12, гематома операционной раны - 3. Отторжения или нагноения имплантатов не было. При выявлении серомы операционной раны выполнялась ее пункция под контролем УЗИ. При подпоясничном расположении сетчатого имплантата осложнений в виде сером не выявляли.

Выводы.

Аллопластика послеоперационных вентральных грыж позволяет существенно улучшить результаты лечения путем снижения числа рецидивов.

При выборе способа аллопластики предпочтение необходимо отдавать подпоясничному расположению имплантата.

Сочетание герниоаллопластики и абдоминопластики при больших и гигантских грыжах у пациентов с ожирением является патогенетически обоснованным способом профилактики рецидива грыж, позволяет достичь хорошего эстетического эффекта и улучшить качество жизни.

Литература:

1. Федоров, В. Д. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. - 2000. - № 1. - С. 11-14.
2. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций. / В. В. Жебровский, Мохаммед Том Эльбашир. - Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. - 440 с.
3. Тимошин, А. Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж передней брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков. - М.: Триада-Х, 2003. - 144 с.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ: 40-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА

Баешко А.А., Подрез А.Ю., Рогов Ю.И., Вартанян В.Ф.,
Тихон С.Н., Дечко В.М., Крыжова Е.В., Пучков А.Ф.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет", Патологоанатомическое бюро,
Судебно-медицинская экспертиза,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Венозные тромбозы (ВТЭО), проявляющиеся тромбозом глубоких вен (ТГВ) или тромбозом легочной артерии (ТЭЛА), составляют существенную проблему в здравоохранении. Опасность этой патологии обусловлена, в первую очередь, риском развития летальной ТЭЛА. Последняя занимает в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний 3-е место, уступая лишь инфаркту миокарда и инсульту.

Цель. Изучить распространенность летальной ТЭЛА в г. Минске за 40-летний период (с 1970 по 2009 гг.).

Материал и методы. В основу работы положен ретроспективный анализ сплошной выборки протоколов вскрытий Минского городского и областного патологоанатомических бюро за 1970-2009 гг., а также протоколов вскрытия судебно-медицинского бюро (внебольничные летальные исходы) за последние 4 года (2006-2009 гг.).

Результаты и обсуждение. С 1970 по 2009 гг. в стационарах г. Минска умерло 120 868 человек, из которых 77,9% вскрыто. ТЭЛА обнаружена у 4,4% больных (в разные годы от 3,1% до 7,9%) и у 4% (91% от всех выявленных ТЭЛА), она стала причиной смерти. Среди умерших от ТЭЛА больные хирургического профиля составили 34%, терапевтического - 66%. Доля летальных ТЭЛА терапевтического профиля среди всех ТЭЛА возросла с 64% в 1970 г. до 75% в 2007 г., то есть на 11%.

По данным судебно-медицинской статистики за последние 4 года (2006-2009 гг.), ТЭЛА как причина смерти выявлена у 256 человек. Суммарное ежегодное число летальных исходов от этого осложнения (госпитальные данные + судебно-медицинские) варьировало от 262 (мин., 2006 г.) до 382 (макс., 2007 г.) человек, из них 20% - вне медицинских учреждений.

Положительной тенденции в динамике распространенности летальной ТЭЛА в госпитальной популяции не выявлено. Более того, после 8-летнего (1992-1999 гг.) периода снижения, с 2000-2001 гг. наблюдается очередной рост частоты этой патологии, в большей мере за счет больных терапевтического профиля.

Расчет числа летальных ТЭЛА на 100.000 жителей выявил, что этот показатель увеличился с 4,7 случаев в 1972 г. до 16,6 в 2009 г., то есть в 3,5 раза, в то время как численность населения города увеличилась в 2 раза.

Распределение больных по полу показало, что среди умерших от ТЭЛА мужчины составили 42,5%, женщины - 57,5%, причем до 70 лет преобладали мужчины, тогда как в возрастной группе старше 70 лет - женщины, причем почти в 2 раза.

Доля хирургических вмешательств, как predisposing условия развития ТГВ и ТЭЛА, составила в 2007-2009 гг. 24,8% (1970-1973 гг. - 35,8%). Среди больных хирургического профиля, умерших от ТЭЛА, преобладали пациенты, перенесшие вмешательства на органах брюшной полости (48%), нейрохирургические операции (15%), ампутации нижних конечностей (12%), операции на сосудах (8%). К 2007-2009 гг. возросло число ТЭЛА после операций на головном мозге (главным образом по поводу онкопатологии), на толстой кишке при раке (с 17% до 29%) и напротив, снизилось после вмешательств на органах малого таза и таких операций, как аппендэктомия, резекция желудка, грыжесечение.

Прижизненная диагностика ТЭЛА, как показали результаты проведенного анализа, остается низкой, колеблясь в течение всего периода в пределах 31-33,7%.

Выводы.

1. Частота ТЭЛА, по данным вскрытий, в г. Минске варьирует в пределах 3,1-7,9% (ср. 5,4%), а как причины смерти - 3-7,1% (ср. 4,8%). В последние годы отмечается тенденция роста показателя распространенности этой патологии преимущественно за счет больных терапевтического профиля.

2. Доля послеоперационной ТЭЛА среди всех ТЭЛА, выявленных на вскрытии, за анализируемые 40 лет снизилась с 37,5 до 24,8%, что объясняется внедрением в клиническую практику с конца 80-х гг. эффективных методов профилактики и лечения тромбоза глубоких вен, а также широким внедрением малотравматичных эндоскопических операций.

3. Прижизненный диагноз ТЭЛА устанавливается в среднем у каждого третьего пациента, и положительной динамики на протяжении анализируемого периода не наблюдается.

Литература:

1. Баешко, А. А. *Послеоперационный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоз легочной артерии* / А. А. Баешко. - М.: Триада-Х, 2000. - 132 с.

2. Arch. Intern. Med / F. A. Anderson [et al.]. - 1991. - Vol. 151. - P. 933-938.

КОМПРЕССИОННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ

Баешко А.А., Гаврин П.Ю.,
Попченко А.Л., Маркауцан П.В.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
Медцентр "Экомедсервис",
УЗ "19 поликлиника",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Одним из основных методов лечения варикозной болезни является компрессионная склеротерапия. В последние годы благодаря внедрению в клиническую практику пенной формы применены склеро-

препаратов и ультразвукового контроля показания к ее применению значительно расширились, а безопасность процедуры возросла.

Цель. Оценить результаты компрессионной склеротерапии как метода лечения различных видов хронических заболеваний вен нижних конечностей в амбулаторной практике.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения 320 больных с варикозной болезнью (502 нижние конечности), обратившихся в медицинский центр "Экомедсервис", 8 и 19 поликлиники г. Минска с 2006 по 2010 гг. Телангиэктазии составили 22%, ретикулярные вены -31%, варикозные вены 17%; сочетание нескольких форм (чаще двух первых) - 30%. Возраст пациентов - от 15 до 76 лет (ср. 32±2,1 года). Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 25 лет. У 97% пациентов были выявлены различные факторы риска, в частности, наследственная предрасположенность, беременность и роды, избыточный вес, длительные ортостатические нагрузки, оральная контрацепция и другие. Все пациенты были обследованы с помощью дуплексного сканирования с цветовым кодированием кровотока.

В качестве флебосклерозирующего препарата использовали "Этоксисклерол" в концентрации 0,1 - 3% в жидкой ("классическая" склеротерапия), либо пенообразной (пенная склеротерапия) формах. В последнее время отдаем предпочтение пенной склеротерапии, при расширении стволов подкожных вен - эхосклеротерапии (позволяет визуализировать перфорацию вены иглой, инъекцию пены и ее распространение). Количество сеансов лечения на одну конечность варьировало от 1 до 9. Для наружной компрессии использовали латексные или силиконовые подушечки, эластичные бинты средней степени растяжимости и лечебный трикотаж (чулки либо колготки) 2 класса компрессии.

Результаты и обсуждение. Оценку результатов лечения проводили по наличию стойкой облитерации вен, учитывали также частоту и тяжесть развившихся осложнений. В сроки от 6 месяцев до 3 лет хорошие результаты отмечены у 81(91%) пациента, неудовлетворительные - у 9 (9%). Из осложнений "классической" склеротерапии наиболее частыми были гиперпигментация кожи, кровоподтеки, тромбофлебит подкожных вен, образование неотелангиэктазий; при проведении пенной склеротерапии они встречались крайне редко. После использования эластичных бинтов наблюдали следы давления на коже ног, при применении компрессионного трикотажа таких побочных эффектов не встречалось.

Выводы. Компрессионная склеротерапия является эффективным методом лечения различных форм хронических заболеваний вен.

АПЛАЗИЯ И ГИПОПЛАЗИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Баешко А.А., Жилинский Е.В., Романович А.В., Горецкая И.В., Селезнев В.В., Вартанян В.Ф., Крыжова Е.В., Ключ Е.А.

*УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "4-ая ГКБ",
РНПЦ "Мать и дитя",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Гипо- и аплазия нижней полой вены (НПВ) - относительно редкие врожденные аномалии развития, проявляющиеся периферическим тромбозом и хронической венозной недостаточностью (ХВН). Знание особенностей клинической картины и отдаленных последствий гипо- и аплазий НПВ необходимо для ранней диагностики этой патологии и проведения дифференциальной диагностики с приобретенными окклюзиями НПВ [1].

Цель. Проанализировать клинические проявления и отдаленные последствия гипо- и аплазий НПВ.

Материал и методы. В основу работы положены данные обследования и динамического наблюдения (до 8 лет) 20 пациентов с гипо- и аплазией НПВ. Диагноз у всех больных верифицирован СКТ-флебографией.

Результаты и обсуждение. Все обследованные - мужского пола. У 6 пациентов была выявлена гипо- и аплазия инфраренального сегмента, у 5 - аплазия супраренального сегмента, у 3 - почти полная аплазия НПВ; гипоплазия ренального, инфраренального и (или) супраренального отделов - у 6 больных.

Врожденные аномалии НПВ в течение длительного периода протекали бессимптомно благодаря компенсированному кровотоку по системе коллатералей. Заболевание впервые проявилось в возрасте 17 - 55 лет (ср. 28,5 + 2,79 лет). У 15 (75%) пациентов патология манифестировала периферическим венозным тромбозом (илиофemorальный справа - у 9 пациентов, слева - у 3; тромбоз глубоких вен голени - у 3). Возникновению тромбоза способствовали операции (у 2 больных), травмы (у 3), длительная автомобильная поездка (у 1 больного), у остальных явно предрасполагающих факторов к развитию тромбообразования не выявлено. У 2 пациентов с гипоплазией супраренального отдела течение тромбоза глубоких вен осложнилось эмболией ветвей легочной артерии, у 1 пациента из-за тромбоза левой яичковой вены возник некроз яичка.

У 5 больных (25%) заболевание начиналось с повышения температуры тела, озноба, возникновения болей в спине и животе с последующим развитием отека ног. Абдоминальная боль у 2 пациентов имитировала клинику острого аппендицита, в связи с чем было выполнено удаление "неизменного" червеобразного отростка. Спустя 5-14 суток после операции у этих больных развился илиофemorальный тромбоз справа.

Течение тотальной аплазии НПВ у одного больного привело к эктазии левой яичковой вены с развитием ее тромбоза у двух больных. У одного из них аневризма-

тически расширенная и тромбированная яичковая вена сдавливала левый мочеточник, вследствие чего больной был оперирован по поводу острого гидронефроза (эктазированной вена иссечена); через 5 часов после операции развился правосторонний ИФТ.

После эпизода тромбоза глубоких вен или отека ног через 2,5 - 12 месяцев у больных появлялись признаки ХВН - отеки, боли в ногах, варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей, переднебоковой стенки живота и правой половины грудной клетки. Отеки и варикозное расширение вен преобладали с правой стороны. Менее частое возникновение левостороннего тромбоза и в меньшей степени выраженность проявлений ХВН слева обусловлены лучшей возможностью оттока крови по левой яичковой вене.

Установлена зависимость между клиническими проявлениями и уровнем и протяженностью аплазии НПВ. Поражение инфраренального сегмента проявлялось болями в ногах, отеками, варикозным расширением подкожных вен ног и передне-боковой стенки живота в нижних отделах.

При отсутствии супраренального отдела и полной аплазии НПВ помимо перечисленных симптомов наблюдалось варикозное расширение вен грудной клетки, гиперпигментация кожи голеней. Спустя 1,5 - 2,5 года после перенесенного тромбоза течение ХВН у таких больных часто осложнялось развитием трофических язв голени (у 5 пациентов язвы располагались на правой конечности, у 3 больных - на обеих ногах).

У 4 обследованных были выявлены аномалии развития других органов и систем (стеноз легочного ствола, удвоение чашечно-лоханочного аппарата левой почки, дефект межпредсердной перегородки, удвоение селезенки).

Выводы. Гипо- и аплазия НПВ относятся к редким сосудистым аномалиям и чаще встречаются у мужчин. Они длительно протекают бессимптомно. Их первыми проявлениями являются тромбозы глубоких вен нижних конечностей и симптомы хронической венозной недостаточности. Наиболее частым уровнем нарушения формирования НПВ является ее супраренальный отдел. Аномалии НПВ следует подозревать у молодых мужчин в возрасте 30 лет и менее при развитии периферического тромбоза, особенно илюофemorального сегмента.

Литература:

1. *Deep venous thrombosis complicating a congenital absence of the inferior vena cava / C. J. Shanley [et al.] // Surgery. - 1996. - Vol. 120. - P. 891-896.*

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ НЕПАРНОЙ И ПОЛУНЕПАРНОЙ ВЕН НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

*Баешко А.А., Клюй Е.А., Шкодик С.А., Тихон С.Н., Маркауцан П.В., Жилинский Е.В., Лопухов О.В., Дечко В.М.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "9-ая ГКБ",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Система непарной (НВ) и полунепарной (ПНВ) вен является основным путем коллатерального оттока объединяющей в единое целое верхнюю и нижнюю полые вены при обструкции (тромбоз или аплазия) последней. Функциональные возможности пояснично-парной-полунепарной системы могут колебаться в широких пределах, что зависит от степени развития первичной венозной сети (возможно полное отсутствие связи НВ и ПНВ с нижней полой веной). Основные сведения по топографо-анатомическим особенностям системы НВ и ПНВ основаны на аутопсийных данных. Внедрение спиральной компьютерной томографии (СКТ) позволяет получить более объективную и полноценную информацию об этих сосудах.

Цель. Изучение топографической рентгенанатомии НВ и ПНВ, а также их истоков - правой и левой восходящих поясничных вен на основании данных СКТ с контрастным усилением.

Материал и методы. Проведен анализ результатов данных СКТ -ангиографии 84 пациентов обоего пола в возрасте от 22 до 83 лет (ср. $57 \pm 4,5$ лет), обследованных в связи с заболеваниями органов грудной и брюшной полости (ТЭЛА, пневмония, аневризма аорты, онкологическая патология и др.). Сканирование проводили на спиральном компьютерном томографе "HiSpeed CT/I" (General Electric Medical Systems) на фоне внутривенного усиления (болюсное введение 100 мл 0,35% Omnipaque с использованием автоматического иньектора, задержка 70 сек). Для ручной морфометрии была использована программа Scion Image версия 4.0.2. Статистический анализ всех полученных данных выполнялся с помощью программы Microsoft Excel, методами вариационной статистики, из параметрических критериев применяли t-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Изучены топографо-анатомические параметры восходящих поясничных, НВ и ПНВ на разных уровнях. Контрастирование восходящих поясничных вен на протяжении от L_1 до L_{IV} получено справа у 62 (77,5%) пациентов, слева у 59 (73,8%). Данные сосуды располагались на передней поверхности тел поясничных позвонков справа и слева от средней линии, диаметр левой - $2,3 \pm 0,14$ мм (от 0,52 до 5,79 мм), правой - $3,05 \pm 0,24$ мм (от 0,7 до 5,33 мм). У 22,5% - 26,3% обследованных эти вены не визуализировались, что позволяет предположить отсутствие или несформированность связи между верхней и нижней полыми венами через пояснично-парную-полунепарную систему.

Визуализация системы НВ и ПНВ достигнута в 90 - 93% случаев соответственно. Уровень формирования этих сосудов, после слияния правой и левой восходящих поясничных вен с 12-ой межреберной веной, в большинстве наблюдений соответствовал Th_{XI}- Th_{XII}. Поднимаясь вдоль позвоночника, они принимали в себя межреберные вены. У 14 (17,5%) обследованных выявлена добавочная ПНВ, проходящая впереди тел грудных позвонков, слева от средней линии. Далее она сливалась с ПНВ, диаметр составил 2,21 (от 1,48 до 2,8 мм). ПНВ располагалась у всех обследованных слева впереди тел грудных позвонков. На уровне от Th_X до Th_{VII}, чаще в 70,8% Th_{VII} - Th_{VIII} она поворачивала направо и пересекая среднюю линию впадала в НВ. Диаметр ПНВ составил 2,81 ± 0,38 мм (от 0,49 до 6,03 мм). У 10% обследованных она не контрастировалась, что можно объяснить индивидуальной изменчивостью венозной сети. В НВ, в связи с топографо-анатомическими особенностями, нами выделено два сегмента: дистальный - от уровня диафрагмы до впадения ПНВ и проксимальный - оставшаяся часть НВ до ее впадения в ВПВ. Вопреки общепринятому мнению о расположении НВ справа от тел грудных позвонков, нами установлено, что в большинстве случаев НВ проходит по средней линии впереди тел грудных позвонков: 74,7% в дистальном сегменте, 97,4% в проксимальном. Диаметр этой магистрали в дистальном и проксимальном сегментах достоверно различался: 3,42±0,25 мм - 5,79±0,36 мм соответственно. Наблюдается увеличение диаметра и смещение к центральной линии при продвижении от нижележащих отделов НВ к вышележащим. Впадение НВ в ВПВ визуализировалось у всех обследованных. Наиболее часто (83%), оно соответствовало промежутку между верхним краем Th_V и нижним краем Th_{III}. Диаметр НВ в этом отделе 6,41±0,38 мм (от 2,5 до 10,8 мм). Достоверного различия между диаметрами НВ в проксимальном отделе и в месте впадения не установлено (6,41±0,38 - 5,79±0,36 мм соответственно).

Выводы. 1. Данные СКТ-ангиографии позволяют с высокой точностью охарактеризовать количественные и качественные параметры системы восходящих поясничных вен, НВ и ПНВ, подробно, достоверно и наглядно информируют о рентгенанатомии сосудов.

2. НВ в 74,7 - 97,4% случаев располагается по средней линии впереди тел грудных позвонков, ее диаметр увеличивается от 3,42 ± 0,25 мм в проксимальном отделе до 6,41 ± 0,38 мм в месте впадения в ВПВ.

Литература:

1. Особенности строения терминального отдела непарной вены в норме и патологии / С. Н. Тихон [и др.] // Актуальные вопросы морфологии: сборник тр. междунар. науч. практ. конф., посвящ. 50- летию каф. анатомии человека ГрГМУ. - 2008. - С. 116-117.

2. The lumbar vein at L2 and the reno-azigo- lumbar arch: anatomic and radiologic studies / O. Plaisant [et al.] // Morphologie. - 1999. - Vol. 83, N 260. - P. 75-81.

ИЛИОФЕМОРАЛЬНЫЙ ВЕНОЗНЫЙ ТРОМБОЗ: ПРИЧИНЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ, ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО АНГИОСКАНИРОВАНИЯ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Баешко А.А., Романович А.В., Горецкая И.В.,
Сомова О.А., Бучель Ю.Ю., Улезко Е.А.,
Красимов Л.С., Ковалевич К.М.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
УЗ "4-ая ГКБ",
РНПЦ "Мать и дитя",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Внедрение в клиническую практику современных методов ультразвуковой и рентгеновской диагностики значительно расширило возможности раннего распознавание тромбоза глубоких вен, в том числе илиофemorальной локализации. Среди возможных причин развития этой патологии - различные виды экстравазальной компрессии подвздошных вен. Их выявление позволяет дифференцированно подходить в выборе лечебной тактики у конкретного больного.

Цель. Установить причины, локализацию и динамику развития тромбоза магистральных вен таза.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 140 пациентов (52 женщин и 88 мужчин в возрасте от 19 до 86 лет; ср. 48,8) с верифицированным диагнозом илиофemorальный тромбоз, лечившихся в городском сосудистом центре 4 ГКБ, либо других лечебных учреждениях в период с 2003 по 2010 гг. Распространенность и характер тромботического процесса, причины его вызвавшие установлены с помощью дуплексного сканирования (метод скрининга), традиционной флебографии и СКТ-флебографии.

Результаты и обсуждение. У 50% пациентов была поражена левая нога, у 32,6% - правая и у 17,4% - обе нижние конечности. Первичный ИФТ диагностирован у 73,5% больных, рецидивный - у 26,5% (у многих повторялся 3 и более раз).

Заболевание развилось в стационаре у 18,2% пациентов, дома - у 81,8%. Сроки госпитализации варьировали от 3 ч. до 45 сут (в среднем - 9,6 сут). Среди причин, способствовавших развитию тромбоза, преобладали следующие: операции и травмы (преимущественно опорно-двигательного аппарата) - в 21,4% наблюдений, экстравазальная компрессия подвздошных вен образованиями в малом тазу (аневризма, опухоль, киста, пр.) - 6,3%, опухоли - 5,1%, врожденные аномалии развития нижней полой вены - 4,3%, длительный постельный режим/геми-парез - 3,1%, беременность - 2%, гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей с переходом на стенку бедренной вены - 2%, нарушения гемостаза (дефицит АТ-3, антифосфолипидный синдром и др.) - 1,8%. У 48% больных этиология не установлена (идиопатический тромбоз).

В 81,6% случаев тромб зародился в подвздошно-бедренном сегменте (центральный тип развития), в 14,3%

- в венах голени; у 8,2% пациентов зону начального тромбообразования установить не удалось. В 89,5% наблюдений центрального типа развития ИФТ причиной его возникновения явилась экстравазальная компрессия подвздошных вен.

У 12,2% пациентов тромб локализовался в общей и/или наружной подвздошной вене, у 15,3% - в подвздошной и бедренной вене, у 65,3% - в подвздошной, бедренной, подколенной и берцовых венах, у 7 (7,1%) пациентов распространился на нижнюю полую вену.

У 18,7% пациентов течение заболевания было осложнено ТЭЛА.

Выводы. Применение ультразвукового ангиосканирования позволяет верифицировать диагноз, ИФТ, СКТ-флебографии - установить причины его развития - врожденные аномалии развития нижней полой вены, экстравазальную компрессию тазовых вен. Из-за поздней госпитализации у большинства больных поражается периферическое венозное русло конечности, что исключает возможность хирургического и эндоваскулярного лечения.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Бойко В.В., Прасол В.А., Пуляева И.С., Битчук Н.Л., Гилев Б.В., Троян В.И.,
ДУ "ИОНХ АМН Украины"
г. Харьков, Украина

Актуальность. Онкологические заболевания являются одной из ведущих причин смерти, особенно в развитых странах. Однако даже среди врачей мало кому известно, что второй по частоте причиной смерти у пациентов онкологического профиля являются тромбоэмболические осложнения. Причем, как уже отмечалось выше, эта взаимосвязь характеризуется как прямой, так и обратной зависимостью. Так, скрытые формы рака часто манифестируют развитием тромботических осложнений (ТО), что подтверждает гипотезу Труссо. Причем, в группе пациентов с идиопатическими формами тромбоза, т.е. при отсутствии установленных причин развития, частота последующего выявления онкопатологии составляет, согласно различным исследователям, до 10% [3].

Цель. Совершенствование тактики лечения и профилактики тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у онкологических больных.

Материал и методы. Проанализированы результаты комплексного обследования и хирургического лечения пациентов в двух лечебных учреждениях города Харькова. По данным тонатогенеза, с 2005 по 2009 гг. в одной из клиник от тромбоэмболии легочных артерий умерло 13 (41,9%) мужчин и 18 (48,1%) женщин в возрасте от 34 до 74 лет (в среднем $52,1 \pm 4,6$ лет). У последних диагностированы: рак тела матки (19%), рак яичника (12,9%); рак желудка (3,1%), нисходящего отдела толстой кишки (3,1%), прямой кишки (6,2%); рак почки (3,1%), рак предстательной железы (3,1%); рак лёгкого (9,6%); рак грудной железы (9,6%), рак кожи (12,9%), рак вульвы (6,2%), рак

поджелудочной железы (3,1%). У всех пациентов причиной смерти оказалась тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА). У 4 (12,9%) пациентов выявлен острый тромбоз в системе нижней полой вены (НПВ) в стационаре. Были выполнены радикальные хирургические вмешательства, химиолучевая терапия. Летальный исход в послеоперационном периоде констатирована, с 3 по 14 сутки (в среднем 8-е сутки).

Также проанализированы результаты комплексного обследования и хирургического лечения 79 пациентов, находящихся на лечении в лечебном учреждении, в котором находится сосудистое отделение. С 2005 по 2009 гг. находилось на лечении 35 (44,3%) мужчин и 44 (55,7%) женщин в возрасте от 22 до 78 лет (в среднем $50,5 \pm 4,6$ лет), у которых диагностированы: симптомная узловатая миома (11%), аденомиоз (7,5%), рак тела матки (6,3%), цистаденома яичника (8,8%); рак желудка (5,0%), нисходящего отдела толстой кишки (8,8%), прямой кишки (6,3%); рак мочевого пузыря (2,5%), рак предстательной железы (2,5%); тимомы (21,5%), центральный рак лёгкого (6,3%), киста переднего средостения (7,9%). У 47 (59,5%) пациентов выявлен острый тромбоз в системе нижней полой вены (НПВ). В 7 (8,9%) случаях тромбоз глубоких вен (ТГВ) был осложнён тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), из них умерло 4 (5%). Пациенты, оперированные по поводу злокачественной опухоли, получили адъювантную химиолучевую терапию.

Результаты и обсуждение. Необходимо отметить, что наибольшее количество ТГВ и ТЭЛА у наблюдаемых онкологических пациентов было связано с поражением внутренних органов, расположенных в малом тазу (матка, сигмовидная и прямая кишка, мочевой пузырь). Это связано как с механической компрессией опухолью вен в этой анатомической области, так и с метастазированием опухоли в регионарные лимфоузлы, а также с распространением воспалительного процесса на стенки вен малого таза.

У онкологических пациентов с ТГВ отмечаются тромбогеморрагические осложнения различной степени тяжести. Наличие осложнений требует определенной очередности проведения лечебных мероприятий. У пациентов с кровотечением на фоне ТГВ в первую очередь выполняется гемостаз с применением консервативной, а при необходимости эндоскопической и рентгеноэндоваскулярной терапии. Вместе с тем, распространенные формы рака также характеризуются широким спектром нарушений свертывающей системы крови от венозных тромбозов до развернутой клинико-лабораторной картины ДВС-синдрома [1].

Выводы

1. Антикоагулянтная терапия пациентам с ТГВ должна назначаться в предоперационном периоде в лечебных дозах с последним введением за 12 часов до операции.
2. В послеоперационном периоде больным с ТГВ через 2 часа после операции вводят профилактическую дозу антикоагулянта с переводом на лечебную дозу при отсутствии активного источника кровотечения.
3. Оперированные больные должны находиться на профилактических дозах антикоагулянтов до полной активизации.
4. Наличие ТГВ не является противопоказанием для проведения комплексного лечения у онкологических больных.

5. У пациентов с раком органов малого таза и нисходящего отдела кишечника риск ТГВ и ТЭЛА выше.

Литература:

1. Білінський, Б. Т. Онкологія / Б. Т. Білінський, Ю. М. Стерник, Я. В. Шпарик. - К.: Здоров'я, 2007. - 532 с.

2. Undiagnosed malignancy in patients with deep vein thrombosis / R. J. K. Hettiarachchi [et al.] // *Cancer*. - 1998. - Vol. 83. - P. 180-185.

3. Agnelli, G. Venous Thromboembolism and cancer: two-way clinical association / G. Agnelli // *Thromb. Haemostasis*. - 1997. - Vol. 78, N 1. - P. 117-120.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

*Бордаков В.Н., Зайковский С.С., Самсонов Д.В.
Государственное учреждение "432 ордена Красной
Звезды главный военный клинический медицинский
центр Вооруженных Сил Республики Беларусь",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Частота варикозной болезни среди населения превышает 25%. По данным МЗ Республики Беларусь, ежегодно проводится около 10000 оперативных вмешательств по поводу варикозной болезни. Частота послеоперационных рецидивов составляет в среднем 17,5%. В настоящее время достигнуты значительные успехи в лечении данного заболевания, и прежде всего это связано с разработкой и внедрением в практику новых более совершенных рациональных методик, одной из которых является эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК).

Цель. Оценить эффективности комбинированного метода лечения с применением эндовенозной лазерной коагуляции.

Материал и методы. За период с ноября 2008 г. по май 2010 г. у 152 больных варикозной болезнью было выполнено 167 комбинированных операций флебэктомии по Троянову-Тренделенбургу-Нарату с эндовенозной лазерной коагуляцией (ЭВЛК). У 140 больных (92%) имелась хроническая венозная недостаточность I степени по классификации IX Всероссийского съезда хирургов 2000 г. (2 стадия по классификации CEAP - варикозно расширенные вены); у 12 больных была II степень ХВН (3 стадия по классификации CEAP - отек без трофических нарушений). ЭВЛК проводилась отечественным лазером "ФОТЭК ЛК-50-4" с длинами волн 1,064 и 1,032 нм. Методом ЭВЛК облитерируются как магистральные и боковые ветви подкожных вен, так и перфорантные вены. При воздействии лазера происходит тепловое повреждение, коагуляция интимы и медиа вены, что приводит к стойкому тромбированию и облитерации просвета вены, устьев ее боковых ветвей и перфорантных вен. Операции выполнялись у 34,2% под проводниковой, у 65,8% - спинномозговой анестезией. В дистальный отдел магистральной вены из миниразреза в области лодыжек, внутри прямого ангиографического катетера (или катетера Фогарти) световод 400 мкм. проводился до проекции места впадения магистральной подкожной

вены в глубокую вену. В случае большой подкожной вены (БПВ) до сафенофemorального соустья, в случае малой подкожной вены (МПВ) до сафенопоплитеального или сафенофemorального соустья (картированных перед операции на УЗИ вен). Контроль за продвижением световода осуществлялся пальпаторно и визуально по пилотному лучу на конце световода, который просвечивается через кожу. При достижении соустья выполнялась типичная кроссэктомия из минидоступа. При ретроградном удалении световода подавалось импульсное излучение мощностью 10-20 Вт (длина волны 1,06 мкм), скорость 0,5 см в сек., в области нижней трети бедра, коленного сустава и верхней трети голени, скорость увеличивалась до 1-2 см в сек., ориентируясь на диаметр вены и выраженность подкожной клетчатки. Боковые ветви на бедре и голени коагулировались как из минидоступов, так и путем чрезкожной пункции лазерным излучением мощностью 8-16 Вт длиной волны 1,32 нм. или 10-20 Вт длиной волны 1,06 мкм. Перфорантные вены перевязывались надфасциально из отдельных разрезов. В случаях когда дефект фасции на голени пальпировался и диаметр несостоятельной перфорантной вены был более 2 мм выполнялась лазерная коагуляция через прокол иглой, ориентируясь на полученное кровотечение при пункции зоны дефекта фасции. В области внутреннего надмыщелка, бедренной кости на стопе и в нижней трети голени использовалась методика туминесценции 0,25% раствором новокаина для создания дополнительного барьера между коагулируемой веной и кожей. После окончания операции нога бинтовалась эластичным бинтом постоянно, до снятия швов. Постельный режим соблюдался больным 12 часов (при спинномозговой анестезии) с проведением ЛФК.

Результаты и обсуждение. В период освоения методики наблюдали следующие осложнения: точечные ожоги кожи в проекции коагулируемой вены у 8 больных, зажившие самостоятельно; явления парестезий в нижней трети голени и на тыле стопы и гиперпигментации кожи по ходу коагулированных вен - у 4. Данные осложнения не повлияли на результат и сроки лечения больных. Болевой синдром у всех больных был менее выражен по сравнению с традиционной флебэктомией. В раннем послеоперационном периоде в целях купирования болевого синдрома все больные нестероидные противовоспалительные препараты 1 раз в сутки (3-е суток). Средняя длительность пребывания больного в стационаре снизилась с 7,3+2,1 до 3,2 +1,1 суток.

При контрольном исследовании на 8-12 сутки, через 1 месяц через 6 месяцев при УЗДГ у всех пациентов наблюдалось полное тромбирование на всем протяжении магистральных стволов и устьев боковых ветвей.

Выводы. Метод эндовенозной лазерной коагуляции в комплексе лечения варикозной болезни позволяет значительно уменьшить травматичность операции, улучшить косметический эффект, снизить среднюю длительность пребывания больного в стационаре и ускорить последующую социальную реабилитацию, сократить число осложнений и рецидивов после хирургического лечения, выполнить одновременно операцию на обеих ногах у одного пациента.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КРУПНЫХ СУСТАВАХ

Волошенко А.Н., Самолюк Б.Б., Тихон Д.С.,
Жудро А.А., Родионов М.М.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
ГУ "Республиканский клинический медицинский
центр" УД Президента РБ,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Профилактика тромбоза глубоких вен голени (ТГВ) и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов, которым выполняется эндопротезирование крупных суставов, остается актуальной проблемой современного здравоохранения. Тромбоэмболические осложнения являются одной из основных угроз для пациентов, которым проводят эндопротезирование коленного и тазобедренного сустава. Эти осложнения ухудшают результаты лечения, могут служить непосредственной причиной летальных исходов [3].

Цель. Улучшить результаты проводимого лечения, свести к минимуму вероятность тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде при операциях на крупных суставах путем применения комплексных мер профилактики.

Материал и методы. За период с 2009 г. по 2010 г. были выполнены: эндопротезирование тазобедренных суставов у 62 пациентов, коленных суставов у 3 пациентов. Из них - 23 мужчины, 39 женщин. Возраст пациентов находился в пределах от 21 до 86 лет, средний возраст - 59,5 лет. У 52 пациентов были сопутствующие заболевания ССС в стадии компенсации. У 10 - без сопутствующей патологии.

Результаты и обсуждение.

Проводилась комплексная профилактика:

1. Специфическая - фармакологическая (антикоагулянтная) профилактика;
2. Неспецифическая - ускорение кровотока в магистральных венах;
3. Общие мероприятия в ходе операции и анестезии:
 - максимально щадящая техника оперативного вмешательства, соблюдение принципов "бескровной хирургии", предупреждение инфицирования ран, предупреждение гиповолемии, дегидратации, использование умеренной гемодилюции (коллоиды 6-8 мл/кг, кристаллоиды в среднем 30 мл/кг) [2];
 - эффективное обезболивание;
 - коррекция дыхательной и циркуляторной недостаточности;
 - введение лекарственных веществ только в вены верхних конечностей;
 - максимальное использование регионарной анестезии, в том числе для послеоперационного обезболивания;
 - максимальное ограничение гемотрансфузий [2].

Для фармакологической профилактики тромбоэмболических осложнений в своей практике мы использовали дальтепарин натрия: 100 ЕД/кг (41 МЕ/кг) за 12 ч до и

через 12 ч после операции, далее - ежедневно в течение 3 дней, затем до 30 дней в дозе 100 ЕД/кг 1 раз в день [1].

К этому времени пациенты, которым выполнено эндопротезирование с фиксацией элементов сустава костным цементом, передвигались самостоятельно с полной нагрузкой на оперированную конечность); при бесцементном эндопротезировании нагрузка на оперированную конечность составляла 50 - 70% веса тела.

Основные преимущества применения низкомолекулярных гепаринов (НМГ) - быстрое антитромботическое действие, более длительные в сравнении с нефракционированным гепарином периоды полувыведения и антитромботическое действие, сохранение эффективности при эндогенной интоксикации, предсказуемый дозозависимый антикоагулянтный эффект, ослабление агрегации тромбоцитов, реже вызывается тромбоцитопения; применение НМГ не требует лабораторного контроля может проводится амбулаторно [1, 3]. Следует отметить, что при использовании НМГ наблюдались подкожные гематомы в местах введения до 2 см в диаметре (15 случаев (25%)).

Использовались также средства, улучшающие реологические свойства крови - ацетилсалициловая кислота (препарат безопасен, уменьшает риск гетеротопической оссификации) в дозе 75-150 мг в сутки.

Другим направлением профилактики тромбоэмболических осложнений является ускорение кровотока в магистральных венах - ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде (лечебная физкультура, вертикализация, сгибание и разгибание в голеностопных суставах, профилактическая механическая компрессия нижних конечностей (с помощью эластичных бинтов или компрессионных чулок).

Кроме этого используются кава-фильтры, которые эффективно предотвращают ТЭЛА. Рекомендованы в тех случаях, когда антикоагулянтная терапия полностью противопоказана или, если у пациента в анамнезе были тромбоэмболические осложнения, несмотря на адекватную антикоагулянтную профилактику. Они имплантируются пациентам до того, как будут начаты другие меры профилактики. В одном случае нашему пациенту с тромбоэмболическими осложнениями в анамнезе был установлен кава-фильтр за 3 дня перед эндопротезированием. У пяти больных в послеоперационном периоде возникли предположения о тромбозе глубоких вен нижних конечностей, однако выполненные УЗИ с доплеровским исследованием показали отсутствие тромбоза.

Вывод. Комплексная профилактика тромбоэмболических осложнений, состоящая из предоперационных, интраоперационных и послеоперационных мероприятий является эффективной и безопасной и позволяет улучшить результаты проводимого лечения.

Литература:

1. Булыч, П. В. Изучение эффективности различных профилактических схем использования фраксипарина при эндопротезировании суставов / П. В. Булыч, А. Н. Косяков // *Вісн. ортопед., травматол. та протезув.* - 2002. - № 3. - С. 60-64.
2. Шилова, Н. Л. Оптимизация инфузионной терапии при операциях тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / Н. Л. Шилова, А. Ю. Борисов, А.

В. Бутров // *Новости анестезиол. и реаниматол. Медицина крит. состояний.* - 2005. - Т. 1. - С. 22-26.

3. *Руководство по клинической анестезиологии: пер. с англ. / под ред. Б. Дж. Полларда, под общ. ред. Л. В. Колотилова, В. В. Мальцева.* - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - С. 607-609, С. 874-876.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

*Гришин И.Н., Воевода М.Т., Давидовский И.А.,
Авдей П.П., Матвейко В.П., Климчук И.П.,
Корниевич С.Н., Комиссаров В.В., Познякова О.В.,
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
Республиканский центр реконструктивной
хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и
лазерной хирургии,
УЗ "Минская областная клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Цель работы. Выбор оптимального вида хирургического лечения с целью улучшения ближайших и отдаленных результатов.

Материал и методы. В отделении хирургии сосудов МОКБ за период с 1994 по 2009 годы оперировано 7937 больных с различными формами варикозной болезни.

Женщин- 69 %, мужчин- 31 %. Средний возраст больных составил 39,5 года.

Больным были выполнены следующие операции: стандартная флэбэктомия-3624 (45,6%), флэбэктомия + операция -Кокета 3066 (38,6%), операция Линтона- 534 (6,7%), флэбэктомия с использованием лазерной коагуляции - 419 (5,6%), флэбэктомия с криодеструкцией- 148 (1,8%), экстравазальная коррекция клапанов - 123 (1,4), другие операции- 23 (0,3%).

До 2003 года основным видом хирургического лечения варикозной болезни являлась радикальная флэбэктомия, включающая кроссэктомию и удаление большой, а при показаниях, и малой подкожной вены на всем протяжении. Боковые расширенные ветви удалялись из отдельных разрезов.

С 1999 года в комплексном хирургическом лечении стали использовать криодеструкцию для удаления боковых расширенных ветвей, что позволило уменьшить число разрезов и добиться лучшего косметического эффекта. Однако в отдаленном периоде у 5% больных в зоне криодеструкции возникали грубые рубцовые тяжи.

С 2004 года в комплексном лечении ВБ стали использовать лазерную фотокоагуляцию аппаратом отечественного производства МУЛ -1 (Медицинский Универсальный Лазер). Особенностью данного аппарата, возможность смены длины волны в диапазоне 1060-1440нм в пределах трех каналов. Это позволяет применять его как для эндоваскулярной лазерной коагуляции магистральных подкожных вен, так и перфорантных вен и боковых притоков.

В 2008 году из 627 флэбэктомий в 124 (20%) случаях при операции использовалась лазерная коагуляция в

различных вариантах, а в 2009 году, - из 657 флэбэктомий лазерная коагуляция применялась у 269 (40,9%).

Всем больным перед операцией выполнялась ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) венозной системы бассейна нижней полой вены.

Выбор тактики хирургического лечения основывался на клинической картине, данных УЗДС.

При использовании лазерной технологии у больных с расширенной БПВ более 9-11 мм, производили кроссэктомию и стриппинг на бедре по Бэбкоку. На голени выполнялась лазерная коагуляция ствола БПВ и боковых ветвей. При линейном ходе БПВ и диаметре ее менее 9 мм, после кроссэктомии и туминисценции по ходу БПВ, выполняли лазерную коагуляцию ствола БПВ на всем протяжении, из доступа у внутренней лодыжки. Такая методика позволяла эффективно и безопасно использовать лазерную коагуляцию ствола БПВ без интраоперационного УЗИ контроля.

Для лазерной коагуляции притоков вена пунктировалась с помощью иглы- проводника, через просвет которой в вену вводился световод. При выраженной извитости хода вены провести световод на всем протяжении вены не представлялось возможным и поэтому частично осуществлялась перивазальное воздействие на вену. Однако, в отдаленном периоде при этой методике наступала полная облитерация просвета вены практически в 100%.

Контрольная УЗДС в раннем послеоперационном периоде выявило отсутствие кровотока по БПВ, более чем в 90% наблюдений.

Результаты и обсуждение. Комплексный подход в лечении варикозной болезни позволил сократить почти в 2 раза продолжительность операции, сократить сроки пребывания больных в стационаре и получить хороший косметический результат.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ФЛОТИРУЮЩИМ ТРОМБОМ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

*Гуцу Е.В., Касьян Д.А., Кулюк В.С., Запорожан А.А.,
Сокирка М.Л.
ГУМФ им. Н.А.Тестемицану,
г. Кишинев, Республика Молдова*

Актуальность. Современные международные протоколы по лечению тромбоза глубоких вен (ТГВ) базируются на принципах доказательной медицины. Согласно протоколу American College of Chest Physicians, опубликованному в 2008 году, консервативное лечение ТГВ с назначением антикоагулянтов, соответствует рекомендации 1А степени, а тактика, предусматривающая удаление тромба, - рекомендации 2В степени [1]. Однако подходы к лечению больных с флотирующей формой ТГВ четко не определены и, вероятно, нуждаются в уточнении, учитывая высокую частоту клинически значимой тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) при консервативной

терапии - 27-60% [2]. Для активной профилактики ТЭЛА при эмбологенном ТГВ применяют тромбэктомия/тромболизис, имплантацию кава-фильтра, а также перевязку или "пликацию" магистральных вен.

Цель. Изучение эффективности и безопасности хирургической профилактики ТЭЛА у больных с флотирующей формой ТГВ.

Материал и методы. В проспективное неконтролируемое исследование включены 28 больных с флотирующей формой ТГВ, госпитализированные в клинику с сентября 2006 по апрель 2010 года. Всем больным было выполнено дуплексное сканирование венозной системы нижних конечностей, хирургическая профилактика легочной эмболии, а также проводилась стандартная терапия антикоагулянтами. Средний возраст больных составил 59,6 (22-81) лет, мужчин было 82,1%. В 53,6% случаев отмечалось поражение левой нижней конечности. Выявлена следующая локализация флотирующего тромба: подколенная вена - 3 (10,7%), бедренная вена - 4 (14,3%), общая бедренная вена - 15 (53,6%), подвздошные вены - 2 (7,1%), нижняя полая вена - 4 (14,3%) наблюдения. Симптомы ТЭЛА при поступлении установлены у 3 больных.

Результаты и обсуждение. Больным группы исследования выполнили следующие виды операций: перевязка бедренной вены ниже впадения глубокой вены бедра - 6, "пликация" бедренной вены - 1, "пликация" общей бедренной вены - 15 (в 6 случаях в сочетании с удалением флотирующей части тромба), "пликация" общей подвздошной вены - 2, "пликация" нижней полой вены - 4. Случаев клинически значимой ТЭЛА в послеоперационном периоде не отметили. У двух больных при контрольном дуплексном сканировании была установлена эмболия в место "пликации" магистральной вены. Летальность в группе исследования составила 7,1% и была обусловлена обширным инфарктом миокарда (1) и декомпенсацией хронической сердечно-легочной недостаточности (1).

Проведение только консервативной терапии при флотирующей форме ТГВ не в состоянии предотвратить отрыв мобильной части тромба с развитием ТЭЛА. Выполнение радикальной тромбэктомии оправдано лишь при илюофemorальной локализации ТГВ, ранней госпитализации больного и отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний. Более того, рекомендуется сочетать тромбэктомия с наложением временной артериовенозной фистулы [3], что увеличивает продолжительность операции и ограничивает возможность ее выполнения. Эндovasкулярные вмешательства (имплантация кава-фильтра, фармако-механический тромболизис) являются перспективным, но все еще малодоступным методом лечения ТГВ. Таким образом, "пликация" магистральных вен может представлять альтернативный подход в профилактике ТЭЛА. Более чем у половины больных в нашем исследовании флотирующий тромб располагался в общей бедренной вене. Такое расположение тромба обычно не предусматривает имплантацию кава-фильтра или радикальную тромбэктомия и, в то же время, является оптимальным для выполнения "пликации" вены (иногда, в сочетании с ограниченной тромбэктомией).

Выводы. Хирургическая профилактика ТЭЛА при флотирующей форме ТГВ является достаточно эффективной, может быть использована при различной локализации тромба и технически легко выполняема.

Литература:

1. *Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th edition)* / C. Kearon [et al.] // *Chest*. - 2008. - Vol. 133, N 6. - P. 71S-105S.
2. Norris, C. S. *Free-floating iliofemoral thrombus: a risk of pulmonary embolism* / C. S. Norris, L. J. Greenfield, J. B. Herrmann // *Arch. Surg.* - 1985. - Vol. 120, N 7. - P. 806-808.
3. Comerota, A. J. *Technique of contemporary iliofemoral and infrainguinal venous thrombectomy* / A. J. Comerota, S. S. Gale // *J. Vasc. Surg.* - 2006. - Vol. 43, N 1. - P. 185-191.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Жуков Б.Н., Каторкин С.Е.,
Сизоненко Я.В., Кравцов П.Ф.
Самарский государственный медицинский университет,
г. Самара, Российская Федерация*

Актуальность. Патологические изменения, возникающие при хронической венозной недостаточности, способствуют развитию микроциркуляторных расстройств, прогрессированию дистрофических изменений в мышцах, резкому нарушению функции мышечно-венозной помпы голени и стопы. Это приводит к выраженному ограничению основных категорий жизнедеятельности и снижению качества жизни пациентов. Медицинская реабилитация пациентов должна включать обширный комплекс мероприятий, учитывающий особенности и тяжесть основного заболевания, состояние пациента, сопутствующую патологию, условия его жизни и трудовой деятельности, а также комплекс социальных задач, стоящих перед ним [1]. Основной целью реабилитационной программы является максимальное повышение качества жизни пациентов. Поэтому крайне важно своевременное проведение реабилитационных мероприятий, их преемственность и последовательность с использованием современных, научно обоснованных программ с возможностью оценки и контроля эффективности.

Цель. Улучшение результатов медицинской реабилитации флебологических больных за счет комплексного исследования и коррекции влияния функциональной недостаточности нижних конечностей на развитие и выраженность хронической венозной недостаточности.

Материал и методы. За период с 1998 г. в сосудистом отделении клиники прошло лечение более 11000 пациентов. С заболеваниями венозной системы нижних конечностей были госпитализированы 10234 пациента. Выполнено более 6000 оперативных вмешательств на венозной и лимфатической системах нижних конечностей. Современные методы комплексного лечения и медицинской реабилитации данной категории больных включали как специфические, так и неспецифические мероприятия. К последним относили лечебную физкульту-

туру, компрессионную терапию, магнитолазерную терапию, перемежающую пневматическую компрессию и пневмовибростимуляцию с элементами локомоторного реконструирования, фотодинамическую терапию и другие методы лечебного физического воздействия.

С целью функциональной диагностики состояния опорно-двигательной и сосудистой систем нижних конечностей использовали доплерографию и доплеровское картирование, рентгеноконтрастные и термовизионные методы исследования, а также метод клинического анализа движений [2]. Для выявления деформации осанки применяли метод компьютерной оптической топографии. Для диагностики деформаций стоп использовали аппаратно-программную цифровую плантографию.

Результаты и обсуждение. Полученные данные позволили более рационально проводить процессы ранней и поздней послеоперационной реабилитации, а также конкретизировать решение вопроса о характере и последовательности лечебных воздействий, включая оперативное лечение, в зависимости от имеющейся двигательной патологии с целью оптимальной ее коррекции. Игнорируя развивающуюся функциональную недостаточность нижних конечностей, невозможно добиться достойных отдаленных результатов и повысить качество жизни пациентов. Наиболее выраженная патология опорно-двигательной системы отмечена при С5-С6. У 63% пациентов (С2-С4а) отмечена физиологическая реакция разгрузки пораженной конечности. При С4в-С6 развивается функциональная недостаточность конечности, дистрофия мышц и выраженная дисфункция мышечно-венозной помпы. Нарушается локомоторная функция, особенно в голеностопных суставах. Уменьшение функциональной асимметрии до 20% происходит за счет функционального перенапряжения здоровой конечности.

Выводы. Проведение медицинской реабилитации с использованием биомеханических систем анализа и лечения с элементами локомоторного реконструирования качественно улучшают результаты и эффективность лечения. Становится возможной активная реабилитация на принципах обратной связи, что позволяет сократить сроки ее проведения и повысить качество жизни пациентов.

Литература:

1. Сушков, С. А. *Технология реабилитации больных с варикозной болезнью после оперативного лечения* / С. А. Сушков // *Новости хирургии*. - 2007. - № 2. - С. 82-89.
2. Жуков, Б. Н. *Инновационные технологии в диагностике, лечении и медицинской реабилитации больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей: монография* / Б. Н. Жуков, С. Е. Каторкин. - Самара: Самар. отд-ние Литфонда, 2010. - 383 с.

ВОЗМОЖНОСТИ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ЛИМФООТТОКА

*Жуков Б.Н., Мышенцев П.Н., Шишкина А.А.
Самарский Государственный медицинский университет,
г. Самара, Российская Федерация*

Актуальность. Различные нарушения периферического лимфооттока встречаются, по данным ВОЗ, у 10% населения мира, и число вновь выявленных пациентов с этой патологией возрастает [1]. Несмотря на определенные достижения последних лет, многие аспекты диагностики и лечения пациентов с лимфатическими отеками конечностей далеки от окончательного решения. В настоящее время в комплексном лечении этих больных основная роль отводится планомерным консервативным мероприятиям, ключевым принципом которых является стимуляция и поддержание на достаточном уровне лимфооттока в пораженной конечности [2].

Цель. Оптимизация результатов комплексного лечения больных с лимфатическими отеками конечностей путем сбалансированного применения как известных, так и нового способа гравитационного воздействия.

Материал и методы. При обследовании больных применялись следующие методы оценки лимфооттока, микроциркуляции и венозного оттока: фотопигментметрическая лимфотропная проба, лимфосцинтиграфия, лазерная биофотометрия, термография, ЦДК венозных сосудов и УЗИ мягких тканей, компьютерная томография, по показаниям лимфография. В лечении пациентов использовался комплекс методов, включающий медикаментозную поддержку (флеболимфотоники, дезагреганты, диуретики, лимфотропная антибиотикотерапия), различные факторы физиотерапевтического лечения (перемежающаяся пневматическая компрессия, низкоинтенсивное лазерное излучение, магнитные поля постоянного и переменного характера). При лимфатических отеках, осложненных рецидивирующим рожистым воспалением, применяли ультрафиолетовое облучение крови и фотодинамическую терапию. С 2008 г. в лечении пациентов начали использовать новый метод гравитационной терапии (патент РФ №2192236), основанный на создании повышенной гравитации на определенных участках конечностей для стимуляции кровотока и лимфообращения. Гравитационное воздействие осуществляли в пределах +1,5-2 G на стенде искусственной силы тяжести "Салют". Во время сеанса гравитационной терапии проводимой со скоростью 32-33 об/мин пациент выполнял движения на ножном тренажере. Количество сеансов составляло 10-12, продолжительность каждого 8 - 10 мин. Курсы гравитационной терапии проведены у 32 пациентов с нарушениями лимфооттока конечностей I -III степеней преимущественно вторичного характера.

Результаты и обсуждение. Результаты наблюдения показали, что при комплексном лечении все больные отмечали как субъективное улучшение, так и объективное уменьшение окружности конечности, особенно заметное у большинства пациентов с I и II степенями заболевания.

После лечения, по данным УЗИ мягких тканей конечности, наряду с уменьшением их толщины наблюдалось снижение эхогенности подкожной клетчатки, уменьшение лимфатических лакун. На контрольных томограммах отмечалось уменьшение плотности мягких тканей. Исключение составляли пациенты с фиброзными изменениями мягких тканей преимущественно с III ст. лимфатического отека. Небольшое улучшение функции лимфооттока по результатам лимфотропной пробы и лимфосцинтиграфии отмечено у трети пациентов I и II ст. заболевания. Показатели лазерной биофотометрии, термографии свидетельствовали об усилении микроциркуляции в дистальных отделах конечностей.

Выводы. Таким образом, эффективность применения гравитационной терапии в комплексном лечении больных с лимфатическими отеками конечностей связана, по-видимому, с усилением лимфооттока, которое обусловлено повышенным лимфообразованием и стимуляцией активности лимфангионов в ответ на гравитационное воздействие. С нарастанием диффузной фиброматозной перестройки мягких тканей конечности с III ст. патологии, стимуляция лимфооттока при гравитационной терапии недостаточно эффективна.

Литература:

1. Горшков, С. З. Слоновость конечностей и наружных половых органов / С. З. Горшков, Х. А. Мусалатов. - М.: Медицина, 2002. - 207 с.

2. Хирургическая лимфология / Л. В. Поташов [и др.]. - СПб.: Изд-во СПбГЭТУ "ЛЭТИ", 2002. - 273 с.

РИСК ЛЕТАЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Касюк А.А.

ГУ "Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Тромбоэмболические осложнения считаются второй по частоте причиной смерти онкологических пациентов [1].

По мнению ряда авторов [2, 3], риск развития послеоперационного венозного тромбоэмболизма остается повышенным в течение 2-3 месяцев после хирургического лечения.

Единой модели оценки риска развития летальной послеоперационной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у онкологических пациентов не существует.

Цель. Путем оценки функции риска установить:

1) сроки после операции, на которые риск достигает максимального значения;

2) продолжительность периода высокого риска развития летальной послеоперационной ТЭЛА у больных злокачественными новообразованиями.

Материал и методы. Материалом послужили данные медицинских карт 100 больных злокачественными

новообразованиями, которые умерли в послеоперационном периоде от ТЭЛА. Во всех случаях диагноз ТЭЛА был верифицирован секционно.

В анализируемой группе было 64% мужчин и 36% женщин. Возраст больных варьировал от 42 до 81 года, медиана составила 65 лет (квартили - 60,0 - 69,5 лет).

Среди пациентов доминировали больные раком легкого (29%) и колоректальным раком (20%). Локализацией первичной опухоли были органы грудной полости у 36% пациентов, брюшной полости - 25%, малого таза - 26%. В 13% случаев была другая локализация первичной опухоли.

Результаты и обсуждение. В течение 14 суток после операции летальный исход развился у 83% пациентов, а в течение 21 суток - у 90%.

Путем оценки функции риска летальной послеоперационной ТЭЛА установлено, что исходное значение риска $H(0)$ выше нуля и составляет 0,57 H_{max} . После операции риск быстро повышается и достигает максимума на 7-е сутки после операции. Достигнув пикового значения, риск постепенно снижается. На 14-е сутки риск достигает 0,79 H_{max} , на 28-е - 0,63 H_{max} . При этом риск достигает 0,5 H_{max} лишь на 37-е сутки послеоперационного периода.

Учитывая, что в течение первых 3-х недель после операции погибли 90% пациентов, мы полагаем, что периодом высокого риска развития летальной послеоперационной ТЭЛА у онкологических пациентов являются первые 3 недели послеоперационного периода. Периодом максимального риска следует считать первые 14 суток после операции.

Мы считаем, что антикоагулянтная профилактика у оперированных больных злокачественными новообразованиями должна проводиться в течение всего периода высокого риска развития летальной ТЭЛА.

Выводы.

1. Риск летальной ТЭЛА у онкологических пациентов достигает максимального значения на 7-е сутки после операции и затем постепенно снижается.

2. Периодом высокого риска летальной послеоперационной ТЭЛА следует считать первые 3 недели после операции, при этом период максимального риска соответствует 2 неделям после операции.

Литература:

1. Lee, A. Y. Y. Management of thrombosis in cancer: primary prevention and secondary prophylaxis / A. Y. Y. Lee // Brit. J. Haematol. - 2005. - Vol. 128. - Is. 3. - P. 291-302.

2. Risk factors and short-term mortality of venous thromboembolism diagnosed in the primary care setting in the United Kingdom / C. Huerta [et al.] // Arch. Intern. Med. - 2007. - Vol. 167. - P. 935-943.

3. Tongren, S. Pulmonary embolism and postoperative death / S. Tongren // Acta Chir. Scand. - 1983. - Vol. 149. - P. 269-271.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Каторкин С.Е., Сизоненко Я.В., Яровенко Г.Н.
Самарский государственный медицинский университет,
г. Самара, Российская Федерация

Актуальность. Патологические изменения, возникающие при хронической венозной недостаточности, способствуют развитию дистрофических и атрофических процессов в мышцах ног, резкому нарушению функции мышечно-венозной помпы голени и стопы. Необходимо учитывать частое сочетание и взаимное отягощение хронических заболеваний вен, нарушений опорно-двигательной системы и дисплазии соединительной ткани [1]. Это приводит к резкому ограничению основных категорий жизнедеятельности и снижению качества жизни пациентов. Функциональная картина двигательных и статодинамических нарушений у флебологических пациентов нуждается в углубленном изучении.

Цель. Улучшение результатов комплексного лечения и медицинской реабилитации флебологических больных за счет разработки системного функционального подхода и критериев, позволяющих корректировать функциональную недостаточность, а также планировать последовательность реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. Было обследовано 310 пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу хронических заболеваний вен (С2-С6). Средняя продолжительность заболевания до обращения составила 14,2 года. Клинические признаки С2 наблюдались у 56 (18,06%), С3 - у 168 (54,19%), С4 - 43 (13,87%), С5 - 24 (7,74%), С6 - 19 (6,12%) госпитализированных.

Применен метод клинического анализа движений, включающий комплексное количественное и качественное исследование функционального состояния опорно-двигательной системы нижних конечностей [2]. Для выявления деформации осанки применяли метод компьютерной оптической топографии. Для диагностики деформаций стоп использовали аппаратно-программную цифровую плантографию.

В комплексном лечении и медицинской реабилитации для стимуляции мышечно-венозной помпы голени и локомоторного реконструирования патологии походки использовали пневмовибрационную стимуляцию.

Для анализа качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями вен использовали неспецифический опросник "SF-36 Health Status Survey", нормированный для общей популяции и репрезентативных выборок [3].

Результаты и обсуждение. У 56% пациентов выявлены явления сколиоза, в 28% наблюдался остеохондроз, артрозо-артрит диагностирован в 45%. По сравнению с ранее выполненными исследованиями, отмечен рост различных нарушений конфигурации стоп - до 89%. Наиболее выраженная патология опорно-двигательной системы отмечена при С5-С6. У 63% пациентов (С2-С4) отмечена физиологическая реакция разгрузки поражен-

ной конечности. При С4в-С6 развивается функциональная недостаточность конечности, дистрофия мышц и выраженная дисфункция мышечно-венозной помпы. Нарушается локомоторная функция, особенно в голеностопных суставах. Формируется артрогенный конгестивный синдром. Интактная конечность выполняет функцию опоры, а пораженная - переноса. Уменьшение функциональной асимметрии до 20% происходит за счет функционального перенапряжения здоровой конечности. Игнорируя функциональную недостаточность нижних конечностей и сопутствующую патологию опорно-двигательной системы невозможно добиться стойких отдаленных результатов.

Выводы. Биомеханическая диагностика и медицинская реабилитация с элементами локомоторного реконструирования улучшают результаты и эффективность лечения. Рост таких составляющих качества жизни, как "физическое функционирование" на 34,6% и "ролевое физическое функционирование" на 31,4%, свидетельствует о положительном влиянии биомеханической стимуляции в комплексном лечении и реабилитации флебологических больных.

Литература:

1. Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани при недостаточности глубоких вен у больных варикозной болезнью / С. А. Сушков [и др.] // *Новости хирургии.* - 2006. - № 2. - С. 32-37.
2. Жуков, Б. Н. *Инновационные технологии в диагностике, лечении и медицинской реабилитации больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей: монография* / Б. Н. Жуков, С. Е. Каторкин. - Самара: Самар. отд-ние Литфонда, 2010. - 383 с.
3. Ware, J. E. Jr. *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection* / J. E. Jr. Ware, C. D. Sherbourne // *Med. Care.* - 1992. - Vol. 30, N 4. - P. 473-483.

ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ФЛЕБОЛОГИИ

Клецкин А.Э., Дурандин П.Ю., Кондратьев П.Н.
НиЖГМА, МЛПУ ГКБ №40,
г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Актуальность. Восстановление адекватного оттока крови после флеботромбоза с деструкцией клапанов бедренных вен является камнем преткновения современной флебологии. Быстро наступает стадия трофических нарушений, показания к реконструктивным операциям трактуются авторами по разному [1, 2, 3].

Цель. Определить тактику и установить технические критерии выполнения реконструктивных операций.

Материал и методы. За 18 лет из 824 пациентов, поступивших в клинику с ПТФБ, показания к хирургической реконструкции венозного русла определены у 108 с ХВН 6 класса по СЕАР. Половой детерминации не найдено, средний возраст во всей группе оказался 44,1±0,4 года

($P < 0,001$). Всем проводилось дуплексное сканирование (ДС) и рентгенконтрастная флебография. Сохранение флебографии в комплексе обследования считаем принципиальной концепцией, как и мнение, что успех реконструктивной операции при ПТФБ зависит от гемодинамических характеристик в зоне операции и техники оперирования.

С целью оптимизации условий гемодинамики и профилактики тромбозов в зоне венозной реконструкции предлагаем "Способ сшивания сосудов разного диаметра" (патент РФ № 2177260 от 17 октября 2000 г" и "Диссектор сосудистый" (свидетельство на полезную модель № 22030 от 17 октября 2000 г), при котором, используя принцип "лекала", достигается абсолютная конгруэнтность и идентичность срезов сшиваемых сосудов.

С применением указанной методики 108 пациентам произведено 111 операций, из них 26 типа Пальма - Эсперона, 64 линейных аутовенозных сафено - феморальных шунтов "in situ", при отсутствии или непригодности БПВ проведено 21 алловенозное протезирование с применением "Способа приготовления венозных аллотрансплантатов с сохраненными клапанами" (патент РФ № 2142228 от 13.05.96). До и после операции назначаем пневмомассаж (бегущая волна с заминанием, давление в манжетах до 140 мм Hg), ношение трикотажа "Меди" КК2-3, прием "Детралекса" в двойной дозировке (2 таблетки 2 раза в день) общим курсом до 3 месяцев.

Результаты и обсуждение. Критерии оценки: устойчивый клинический эффект с заживлением язвы, улучшение качества жизни пациента, функционирование наложенных анастомозов, шунтов и протезов в сроках от 4 до 11 лет, по данным УЗАС и флебографии.

Отдаленные результаты прослежены в 21 из 26 случаев (81%) после операции Пальма, в 50 из 64 (79%) после одностороннего шунтирования "in situ", в 16 из 21 (76%) после аллопротезирования.

Через 4 - 11 лет после операции сохраненные клапаны функционируют в 15 перекрестных (71%), в 42 линейных шунтах (83%) и в 10 алловенозных протезах (62,5%),

Принципиальна последовательность реконструкции венозного русла. При наличии блока в подвздошном сегменте целесообразно восстановление бедренно - подколенного, так как это все равно приводит к тромбозу и дискредитирует тип операции, а восстановление венозного русла в проксимальном отделе порой не требует в дальнейшем реконструкции дистальных отделов, так как резко уменьшает объем венозной емкости.

Выводы.

1. Способ сшивания сосудов разного диаметра" при выполнении реконструктивных флебологических операций является профилактикой тромбозов в отдаленном периоде.

2. Трансплантация бедренной алловены, консервированной с сохраненными клапанами, является целесообразной при отсутствии аутовенозного пластического материала.

Литература:

1. Игнатъев, И. М. *Диагностика нарушений венозной гемодинамики и принципы их хирургической коррекции при тяжелых формах посттромботической болезни: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / И. М. Игнатъев. - Казань,*

1999. - 258 с.

2. *Тридцатилетний опыт комплексного лечения пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей / В. В. Сабельников [и др.] // Посттромботическая болезнь: тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. - СПб., 2009. - С. 65-67.*

3. *Palma, E. Vein transplants and grafts in the surgical treatment of postphlebotic syndrome / E. Palma // J. Cardiovasc. Surg. - 1960. - Vol. 1. - P. 94-96.*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Ковальчук Л. Я. Венгер И.К. Романюк Т.В.
Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского,
г. Тернополь, Украина*

Актуальность. Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей - нарушение венозного оттока на макрогемодинамическом уровне, вызывает дезорганизацию регионарной системы микроциркуляции, остается нерешенной проблемой хирургии [1]. ХВН инициирует трофические изменения кожных покровов нижних конечностей [2], проявлением которых является трофическая язва. Хирургическое лечение ХВН включает устранение вертикального рефлюкса крови с недостаточными поверхностными венами нижних конечностей и горизонтального - через несостоятельные перфорантные вены [3]. Остается нерешенным вопрос хирургического лечения ХВН сложной трофической язвой.

Цель. Улучшить результаты лечения варикозной болезни нижних конечностей с трофической язвой венозного генеза, оптимизировать хирургическое лечение.

Материал и методы. На базе сосудистого отделения Тернопольской университетской больницы за 2009 г., было обследовано и пролечено 54 больных с варикозной болезнью нижних конечностей, с имеющимися трофическими язвами голени (ТЯГ) венозного генеза, ХВН которых отвечает клиническому классу С6 EsAs, pPr классификации CEAP. Активная трофическая язва голени у пациентов чаще всего была диаметром 2-5 см (60 %) и 6-10 см (40 %). На основании полученных данных ультразвуковой доплерографии обоснованы показания к выполнению определенного этапа оперативного вмешательства. Изучался микробиоценоз раневой поверхности и гистологическая картина приживленной ксенодермо-матрицы трансплантата.

Результаты и обсуждение. При наличии незаживленной ТЯГ определяли спектр бактериологического загрязнения и проводили ее санацию L-лизинном на протяжении 5 суток лечения. На 6 сутки выполняли ксенодермопластику лиофилизированным ксенотрансплантатом. Исследования ксенотрансплантатов, проведенные на 3-4 сутки, показали хорошо выраженное формирование грануляционной ткани, которое позволило проводить,

начиная с 6-8 суток после ксенодермопластики, радикальную операцию на венозной системе нижних конечностей. Ксенотрансплантат удаляли на 11-12 сутки после их приживления. Полная эпителизация раны, которая завершалась на 13-15 сутки, является оптимальными сроками для оперативной коррекции хронической венозной недостаточности.

Во всех случаях устрояем выявленный рефлюкс в сафено-фemorальном соустье, всем больным выполняли кроссэктомии. Удаление большой подкожной вены (стриппинг) выполняли методикой Беккока. При распространенному, локальному и сегментарному патологическом вертикальном рефлюксе (40 больных) был показан короткий стриппинг, при тотальном - 14 больных - длинный стриппинг. Удаление варикозноизмененных притоков большой и малой подкожных вен проводили по Наратом.

С целью ликвидации горизонтального рефлюкса по перфорантным венам применяли субфасциальную эндоскопическую диссекцию перфорантных вен (SEPS). Всем больным, после выполнения короткого стриппинга и SEPS, проводили катетерную склерооблитерацию большой подкожной вены, благодаря этой методике избегали лишних разрезов в зоне трофичноизмененных тканей, и их микробной контаминации.

Выводы. Санитарная и закрытая раневая поверхность ТЯГ позволили проводить начиная с 5-6 суток после ксенопластики, радикальную операцию на венозной системе нижних конечностей. Получили хорошие результаты. Сократился после операционный койко-день до - 3-4 дней. Достигнут хороший косметический эффект. Рецидивов, осложнений не было.

Литература:

1. Allegra, C. *Cronic venous insufficiency: the effects of health care reforms on the cost treatment and hospitalization - an Italian perspective* / C. Allegra // *Curr. Med. Res. Opin.* - 2003. - Vol. 8, N 19. - P. 761-769.
2. *Early clinical outcomes after subfascial endoscopic perforator surgery (SEPS) and saphenous vein surgery in chronic venous insufficiency* / D. W. H. Lee [et al.] // *Surg. Endosc.* - 2001. - Vol. 15, N 7. - P. 737-740.
3. Ковальчук, Л. Я. *Клиническая флебология: учебное пособие* / Л. Я. Ковальчук, И. К. Венгер, В. Б. Гоцинский. - Тернополь: ТДМУ, 2008. - С. 7-124.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Кохнюк В.Т., Ануфреенок И.В., Колядич Г.И.
ГУ "Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Основным методом лечения колоректального рака (КРР) является хирургический. В настоящее время непосредственной причиной смерти оперированных больных в большинстве случаев являют-

ся тромботические осложнения (ТО), которые, по нашим, ранее опубликованным данным, составляют 48% [1].

Факторами, влияющими на риск ТО у больных КРР при радикальном лечении, являются: возраст больных и наличие варикозной болезни вен у части из них, дегидратация вследствие осложненного течения болезни и длительного обследования, продолжительность и травматичность операций, длительность постельного режима, применение постоянных венозных катетеров, тромбозы вен в анамнезе. Профилактика ТО и ТЭЛА в хирургической практике проводится с помощью механических и медикаментозных методов.

Проблема эффективности проводимой тромбопрофилактики актуальна на сегодняшний день. Задачей тромбопрофилактики является не только предупреждение или хотя бы уменьшение частоты развития ТО и его последствий, но и снижение риска возможных геморрагических осложнений у оперированных больных.

Цель. Изучить результаты профилактики ТО у больных КРР после радикального лечения.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу подвергнуты 335 историй болезни пациентов, радикально пролеченных по поводу КРР. Возраст больных колебался от 20 до 82 лет, 197 человек (59%) были старше 60 лет. У 121 (36%) больного опухоль локализовалась в прямой кишке, у 42 (12,5%) - в ректосигмоидном соединении толстой кишки и у 138 (41,8%) - в ободочной кишке. У 28 больных (8,4%) имел место первично-множественный рак толстой кишки.

Всем больным проведены радикальные операции, в зависимости от локализации опухоли. У 30 больных (9,0%) в связи с инвазией опухоли в соседние органы и структуры потребовалось выполнение комбинированных операций.

С целью профилактики ТО больным перед операцией проводили эластическое бинтование нижних конечностей и введение низкомолекулярных гепаринов.

Перед операцией (за 12 часов) и после операции гепаринопрофилактика низкомолекулярными гепаринами (фрагмин 2500-5000 МЕ, клексан 40 мг, фраксипарин 0,3 мл) проведена 295 (88,1%) пациентам. По различным причинам не получили гепаринопрофилактику 40 больных (11,9%).

Результаты и обсуждение. В связи с повышенной диффузной кровоточивостью тканей во время операции 8 пациентам (2,4%) в послеоперационном периоде препарат не вводили и у 10 (3,4%) больных по этой же причине потребовалась отмена препарата в раннем послеоперационном периоде. Средняя продолжительность гепаринопрофилактики в послеоперационном периоде составила 8 дней.

Оценивались следующие ТО: инсульт, тромбоэмболия легочной артерии, тромбоз глубоких вен, инфаркт миокарда. В послеоперационном периоде от тромбоэмболии легочной артерии умерли 2 (0,6%) больных, из них в одном случае гепаринопрофилактика не проводилась. После операции ТО развились у 7 (2,4%) больных, которым проводилась гепаринопрофилактика.

С целью изучения влияния дозы на эффективность тромбопрофилактики низкомолекулярными гепаринами в рамках проспективного рандомизированного исследования 26 больным раком прямой кишки и

ректосигмоидного соединения (1-я группа) в послеоперационном периоде вводили фрагмин в дозе 7500 МЕ и 32 больным (2-я группа) - 5000 МЕ. Средняя продолжительность гепаринопрофилактики составила 9 и 11,5 дней соответственно. В предоперационном периоде в обеих группах доза фрагмина составляла 5000МЕ за 12 часов до операции. Послеоперационный период в 1-й группе осложнился кровотечением из пресакральной области у 2 больных и в 2 случаях диагностирован тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Во 2-й группе в 1 случае послеоперационный период осложнился формированием гематомы в пресакральной области и в 1 случае илеофemorальным тромбозом.

Выводы. Больные КРР относятся к группе высокого риска по развитию ТО, что предопределяет необходимость профилактики ТО всем больным до и после операции с применением низкомолекулярных гепаринов. Повышение дозы фрагмина с 5000 МЕ до 7500 МЕ не привело к уменьшению числа ТО и не увеличило частоту послеоперационных геморрагических осложнений.

Литература:

1 Кохнюк, В. Т. Тромботические осложнения в структуре непосредственных причин смерти больных колоректальным раком в послеоперационном периоде / В. Т. Кохнюк // Мед. новости. - 2008. - № 3. - С. 85-87.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Левченко П.А., Чур С.Н., Черненко В.В.
УЗ "27-ая поликлиника",
УЗ "МОКБ",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Трофические язвы (ТЯ) голени являются одним из наиболее тяжелых и распространенных осложнений хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей. Частота язв венозной этиологии среди трудоспособного контингента составляет 1-2%. У лиц пожилого и старческого возраста этот показатель возрастает до 5% [1, 2]. Развитие ХВН чаще всего связано с варикозной болезнью (ВБ) и постфлебитическим синдромом (ПФС). Несмотря на первичную обтурацию глубоких вен после перенесенного флеботромбоза при ПФС, чаще всего у этой категории больных происходит полная или частичная реканализация вен с развитием их клапанной недостаточности. Поэтому патогенез гемодинамических расстройств и трофических нарушений кожи при ВБ и ПФС во многом сходен. В настоящее время основным в лечении венозных ТЯ являются:

1) коррекция нарушений венозной гемодинамики путём хирургического вмешательства, компрессионного лечения;

2) медикаментозное воздействие на венозный тонус, микроциркуляцию и лимфатический отток с помощью современных препаратов, обладающих комплексным действием;

3) местное лечение.

Выбор средства для местного лечения должен быть обусловлен не только составом микрофлоры, но и его резистентностью к патологическим микроорганизмам. При этом необходимо обязательно учитывать при назначении того или иного лечебного препарата стадию (фазу) раневого процесса - воспаления, пролиферации и эпителизации [1, 2, 3].

Цель. Оценить эффективность применения препарата "Пиолизин" для местного лечения ТЯ нижних конечностей в зависимости от этиологического фактора - ВБ или ПФС не только при консервативном лечении, но и в качестве подготовки пациентов к комплексному оперативному лечению.

Материал и методы. За период с 2009 по 2010 года нами наблюдались 84 пациента с ТЯ при ХВН, из которых: 37 (44%) пациентов получали амбулаторное лечение в поликлинике № 27 и 47 (56%) пациентов пролечены в условиях хирургического гнойного отделения МОКБ. Из них женщин было 38 (45%), а мужчин - 46 (55%). Преобладающая группа пациентов (61 или 73%) отнесена к возрастному промежутку 50-69 лет. По этиологическому фактору деление больных было следующим: ПФС - 30 или 36%, а ВБ - 54 (64%). Язвенные дефекты у всех больных локализовались на голени, а размеры их составляли: 5-15см² - 57 (68%), 15-50 см² - 17 (20%), 50-100 см² - 7 (8%) и у 3 (4%) пациентов имела место циркулярная язва. У 61(73%) пациента длительность существования язвенного дефекта (в том числе с периодическими заживлениями) составляла от 1 до 3 лет, у 12 (14%) пациентов - от 3 до 5 лет и у 11 (13%) пациентов - более 5 лет. Оперативное лечение (флебэктомия или лазерная коагуляция) выполнялась 21 пациенту (17,7%). Из обязательного обследования всем пациентам выполнялось общеклинические лабораторные исследования крови, ультразвуковая доплерография венозной системы нижних конечностей. Всем пациентам назначалась для местного лечения мазь "Пиолизин" в качестве монотерапии. Составляющие компоненты которого проявляют, как антибактериальный и противомикробный, так и местный иммуностимулирующий, противовоспалительный и ранозаживляющий эффекты. Поэтому возникала возможность оказывать адекватное лечение на всех стадиях раневого процесса. перевязки проводились ежедневно с предварительным очищением язв антисептиком. При необходимости, назначалось симптоматическое лечение, не оказывающее дополнительного влияния на результаты нашего исследования.

Результаты и обсуждение. Применяемая методика санации язвенных дефектов позволила существенно изменить ситуацию при лечении данного контингента пациентов. Важнейшим показателем являлась длительность лечения. В среднем она составила около 14 дней. За этот период нам удалось полностью заживить раны у 43 пациентов, у 13 пациентов заживление произошло на 70% от исходных размеров, у 20 пациентов - на 40%, а у 8 пациентов заживления не наступило вообще или было незначительными и потребовало дополнительного хирургического пособия. Естественно, что циркулярные и гигантские язвы требовали более длительной подготовки. Тем пациентам, которым не удалось достичь полного заживления, в последующем выполнялась аутодерматомная пластика раны как составляющей комплексного

хирургического лечения. Каких либо осложнений, реакции на применение мази "Пиолизин" при лечении ТЯ нижних конечностей нами не отмечалось.

Выводы. Применение мази "Пиолизин" при лечении ТЯ патогенетически обоснованно, способствует более быстрому заживлению ран, может применяться как самостоятельный метод. Помимо этого, может широко использоваться при подготовке ТЯ венозной этиологии к оперативному комплексному лечению.

Литература:

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. Чур, Н. Н. Трофические язвы нижних конечностей / Н. Н. Чур, И. Н. Гришин, С. Н. Чур. - Минск: Асобны, 2008. - 148 с.

3. Косинец, А. Н. Варикозная болезнь: руководство для врачей / А. Н. Косинец, С. А. Сушков. - Витебск: ВГМУ, 2009. - 415 с.

ИСХОДЫ ОСТРЫХ ОККЛЮЗИЙ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лызилов А.А.

УО "Гомельский государственный медицинский университет",

г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Острые окклюзии глубоких вен нижних конечностей чаще всего вызваны флеботромбозом. В зависимости от уровня выделяют проксимальный (подвздошно-бедренный сегмент) и дистальный - вены голени. Проксимальный флеботромбоз связан с более значительным риском ТЭЛА, чем при более дистальном поражении [1].

Цель. Определение исходов заболевания в зависимости от локализации и протяженности окклюзии различных сегментов глубоких вен нижних конечностей.

Материал и методы. Были обследованы 91 больной, находившийся в отделении хирургии сосудов. У "ГОККД". Из них 54 мужчин и 37 женщин в возрасте от 17 до 88 лет. Срок наблюдения - 6 месяцев. Флеботромбоз диагностировался на основании клинических данных с обязательным проведением ультразвукового дуплексного сканирования. По локализации выделяли:

1. Феморальный
2. Илиофеморальный
3. Флеботромбоз голени
4. Всей ноги

Илиофеморальным флеботромбозом (ИФТ) считали вовлечение сегментов нижней полой вены, общей и наружной подвздошной, общей бедренной и глубокой вены бедра. Феморальным флеботромбозом (ФФ) считали поражение поверхностной бедренной вены. Флеботромбозом голени (ФГ) считали поражение подколенной, малоберцовой и задней большеберцовой вен. Флеботромбозом всей ноги считали тотальное поражение выше указанных сегментов. По распространенности выделяли: Унилатеральный и билатеральный. Острым считали

флеботромбоз давностью до семи суток от начала заболевания. Для оценки отдаленных последствий использовали клинические и ультразвуковые критерии. Клиническими критериями служили критерии NA ISCVS/SVS с разделением по классам:

Класс 0 - никаких проявлений;

Класс 1 - телеангиоэктазии, ретикулярный варикоз;

Класс 2 - варикозные вены;

Класс 3 - отек без кожных изменений;

Класс 4 - гиперпигментация или липодеоматосклероз;

Класс 5 - кожные изменения с зажившей язвой;

Класс 6 - кожные изменения с открытой язвой

Результаты и обсуждение. Группа больных с ИФТ включала 23 человека. Средний возраст составил $56,3 \pm 17,2$ лет. В этой группе было 14 (60,9%) мужчин и 9 (39,1%) женщин. Правостороннее поражение встречалось в 14 (60,9%) случаях. Из них 9 (64,3%) мужчин в возрасте $53,2 \pm 21,2$ лет и 5 (35,7%) женщин в возрасте $55,6 \pm 18,1$ лет. Левостороннее поражение встречалось в 9 (39,1%) случаях. Из них 5 (55,5%) мужчин в возрасте $54,6 \pm 15,6$ лет и 4 (44,5%) женщин в возрасте $66,3 \pm 8,06$ лет.

Группа больных с ФФТ включала 37 человек. Средний возраст - $60,2 \pm 14,9$ лет. В этой группе было 23 (62%) мужчин и 14 (38%) женщин. Правостороннее поражение - в 18 (48,6%) случаях. Из них 11 (61,1%) мужчин в возрасте $61,8 \pm 13,2$ лет и 7 (38,9%) женщин в возрасте $53,9 \pm 16,3$ лет. Левостороннее поражение - в 19 (51,4%) случаях. Из них 13 (68,4%) мужчин в возрасте $64,5 \pm 12$ лет и 6 (31,6%) женщин в возрасте $58 \pm 20,9$ лет.

Группа больных с ФГ включала 26 человек. Средний возраст - $51 \pm 15,5$ лет. В этой группе было 14 (54%) мужчин и 12 (46%) женщин. Правостороннее поражение - в 17 (65,4%) случаях. Из них 9 (52,9%) мужчин в возрасте $56,1 \pm 17,8$ лет и 8 (47,1%) женщин в возрасте $47,25 \pm 11,87$ лет. Левостороннее поражение - в 9 (34,6%) случаях. Из них 6 (66,6%) мужчин в возрасте $46,8 \pm 16,7$ лет и 3 (33,3%) женщин в возрасте $54,33 \pm 18,82$ лет.

Клиническая характеристика исследуемых групп при первичной госпитализации. Клинические проявления выражались в наличии или отсутствии отека конечности (класс 3 или класс 0 соответственно). На этом этапе развития заболевания, учитывая малую длительность (до 3 суток) телеангиоэктазии, ретикулярный варикоз, варикозные вены, отек без кожных изменений, гиперпигментация или липодеоматосклероз, кожные изменения с язвой отсутствовали.

Класс 3 при ИФТ - у 10 (71,5%) мужчин и у 7 (77,7%) женщин.

Средний клинический класс составил 2,23, у мужчин - 2,14, у женщин - 2,33.

Класс 3 при ФФ наблюдался у 12 (52,2%) мужчин и у 8 (57,8%) женщин.

Средний клинический класс составил 1,64, у мужчин - 1,56, у женщин - 1,71.

Класс 3 при ФГ - у 9 (64,3%) мужчин и у 8 (66,7%) женщин.

Средний клинический класс составил 1,96, у мужчин - 1,92, у женщин 2,00.

Отек конечности (класс 3) при тотальном флеботромбозе наблюдался у всех больных, при этом средний клинический класс составил 3,0, причем у мужчин и у женщин он был одинаков.

При помощи критерия Уилкоксона выявили отсутствие различий в зависимости от пола и возраста ($W=1,6$, $p=0,1$)

Клиническая характеристика групп через 6 месяцев. Группа больных с ИФТ включала 23 человека. Класс 0 встречался в 8,7%. Класс 1 не встречался. Класс 2 встречался в 34,8% случаев. Класс 3 - 13%. Класс 4 - 39,1%. Класс 5 - 4,3%. Класс 6 не встречался.

Группа больных с ФФТ включала 37 человек. Класс 0 встречался в 37,7%. Класс 1 не встречался. Класс 2 - 5,4% случаев. Класс 3 - 54%. Класс 4 составил 2,7%. Классы 5 и 6 не встречались.

Группа больных с ФГ включала 26 человек. Класс 0 встречался в 7,7%. Класс 1 не встречался. Класс 2 - 23,1%. Класс 3 - 46,1%. Класс 4 - 23,1%. Классы 5 и 6 не встречались.

Группа больных с тотальным поражением составила 5 человек. Из них классы 1-3 не встречались, класс 4 составил 20%, класс 5 - 60% и класс 6 - 20% всех случаев в этой группе.

Выводы.

1. При развитии заболевания клинические проявления при феморальном флеботромбозе наименее выражены ($p=0,048$).

2. Через 6 месяцев наиболее тяжелые последствия наблюдались при тотальном флеботромбозе.

3. Через 6 месяцев последствия илюофеморального флеботромбоза и флеботромбоза голени были схожими.

4. Через 6 месяцев наименее тяжелые последствия наблюдались при феморальном флеботромбозе ($p=0,048$, $F=4,3$).

Литература:

1. *Need for long-term anticoagulant treatment of symptomatic calf vein thrombosis / C. I. Lagerstedt [et al.] // Lancet. - 2008. - Vol. 2. - P. 515-518.*

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ОККЛЮЗИЙ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лызигов А.А.

УО "Гомельский государственный медицинский университет",

г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Наиболее распространенной причиной развития венозной недостаточности различной степени являются острые окклюзии глубоких вен нижних конечностей. Они переходят в свою дальнейшую стадию развития, вызывая хроническую непроходимость магистральных вен с формированием так хронической недостаточности и развитием посттромбофлебического синдрома [1]. Наиболее частой его локализацией является система нижней полой вены.

Цель. Определение объемов консервативного лечения в зависимости от локализации и протяженности окклюзии различных сегментов глубоких вен нижних конечностей.

Материал и методы. Был изучен 91 случай развития острого флеботромбоза у больных, первично госпита-

лизированных в отделение хирургии сосудов У "ТОККД". Из них 54 мужчин и 37 женщин в возрасте от 17 до 88 лет.

Результаты и обсуждение. Группа больных с илюофе-моральным флеботромбозом (ИФТ) включала 23 человека. Средний возраст составил $56,3 \pm 17,2$ лет. В этой группе было 14 (60,9%) мужчин и 9 (39,1%) женщин. Правостороннее поражение встречалось в 14 (60,9%) случаях. Группа больных с феморальным флеботромбозом (ФФТ) включала 37 человек. Средний возраст составил $60,2 \pm 14,9$ лет. В этой группе было 23 (62%) мужчин и 14 (38%) женщин. Группа больных с флеботромбозом голени (ФГ) включала 26 человек. Средний возраст составил $51 \pm 15,5$ лет. В этой группе было 14 (54%) мужчин и 12 (46%) женщин. Достоверных различий в качественном составе групп по возрастному признаку не выявлено.

По половому признаку отмечались следующие зависимости.

Наиболее молодой возраст ($51 \pm 15,5$ лет) более часто подвержен поражению глубоких вен голени. Поражение глубоких вен бедра у женщин с увеличением возраста становится реже, в отличие от мужчин. Пик заболеваемости флеботромбозом голени у женщин приходится на 41-48 лет, у мужчин - позже - 57-64 года.

В изучаемых группах проводилось консервативное лечение, которое включало компрессионную терапию, венотоники, антиагреганты, препараты, улучшающие микроциркуляцию, антикоагулянты.

Компрессионная терапия, венотоники и таблетированные формы антиагрегантов применялись у всех больных. Средства, улучшающие микроциркуляцию, были представлены реополиглюкином. При ИФТ реополиглюкин применяли в 73,9% случаев.

При ФФТ реополиглюкин применяли в 85,2% случаев. При ФГ реополиглюкин применяли в 80,8% случаев. ТФ реополиглюкин применяли в 100% случаев. При ИФТ пентоксифиллин применяли в 52,1% случаев. При ФФ пентоксифиллин применяли в 56,7% случаев. При ФГ пентоксифиллин применяли в 50% случаев. При флеботромбозе ноги пентоксифиллин применяли в 40% случаев. При ИФТ мочегонные применяли в 13% случаев. При ФФ мочегонные применяли в 10,8% случаев. При ФГ мочегонные не применяли. При флеботромбозе ноги мочегонные применяли в 80% случаев. При ИФТ гепарин применяли в 34,8% случаев. При ФФ гепарин применяли в 24,3% случаев. При ФГ гепарин применяли в 7,7% случаев. При флеботромбозе ноги гепарин применяли в 40% случаев. При ИФТ гепаринсодержащие мази местно применяли в 60,9% случаев, при ФФ - в 64,9% случаев, при ФГ - в 53,8% случаев и при флеботромбозе ноги - в 60%.

Также мы выясняли влияние применения системной антикоагулянтной терапии на свертывание крови. Основным показателем уровня гепаринизации в нашем случае считали АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время). При применении гепарина АЧТВ составило $35,13 \pm 2,86$ сек. В группе, где гепарин системно не применялся, АЧТВ составило $32,94 \pm 6,67$ сек. Достоверных различий свертываемости крови при применении системной антикоагулянтной терапии выявлено не было $z=0,52$, $p=0,60$.

Выводы.

1. Наиболее часто в стационарном лечении нуждались больные с поражением глубоких вен бедра (40,66%).

2. Наиболее молодой возраст ($51 \pm 15,5$ лет) подвержен поражению глубоких вен голени.

3. Пик заболеваемости флеботромбозом голени у женщин приходится на 41-48 лет, у мужчин - позже - 57-64 года.

4. Применение гепарина, хотя и выполнялось, но не оказывало воздействия на лабораторные показатели.

Литература:

1. Сабельников, В. В. Варикозная болезнь нижних конечностей. Современный взгляд на проблему / В. В. Сабельников, Е. К. Шулепова // Мир медицины - 2001. - № 3. - С. 39-41.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лызииков А.Н., Бугаков В.А., Скуратов А.Г.,
Пилькевич С.А., Призенцов А.А.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
ГУЗ "Гомельская городская клиническая больница №3",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема лечение больных варикозной болезнью нижних конечностей остается актуальной и в настоящее время с повышением требования малой травматичности и косметичности вмешательства [1]. Во многих клиниках мира внедряются лазерные технологии при лечении данной патологии [2].

Цель. Оценить эффективность эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) при лечении варикозной болезни нижних конечностей.

Материал и методы. Изучены ближайшие результаты лечения 22 больных варикозной болезнью нижних конечностей, в комплексной терапии которых применена ЭВЛК. Женщин в этой группе было 18 (82%), мужчин - 4 (18%). Возраст пациентов варьировал от 22 до 63 лет (средний возраст составил 42,5 года). Двустороннее поражение нижних конечностей наблюдалось у 12 пациентов (55%). У 13 больных (59%) варикозно расширенные вены локализовались на голени, у 9 (41%) - бедро и голень. Степень хронической венозной недостаточности по СЕАР варьировал от С2 до С4. Анамнез заболевания составлял от 3 до 30 лет (в среднем - 12 лет).

До операции выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей. При анализе данных УЗИ установлено, что у 7 больных (32%) БПВ была не изменена, рефлюкса не наблюдалось. Патологическая БПВ присутствовала у 15 больных (68%), рефлюкс распространялся до с/3 бедра у 6 больных (40%), н/3 бедра - у 3 (20%), с/3 голени - у 6 пациентов (40%). Диаметр БПВ на бедре варьировал от 3 до 20 мм (средний диаметр составил 8,2 мм) Малая подкожная вена (МПВ) была не изменена у 15 больных (68%), у 7 пациентов (32%) - расширена до 4-15 мм (в среднем 10,5 мм) с рефлюксом до с/3 голени у 6 больных и н/3 голени - у 1 пациента. Количество выявленных несостоятельных перфорантных

вен на голени - от 1 до 8.

Больным выполнялось комбинированное хирургическое вмешательство. Производили кроссэктомии; у медиальной лодыжки выделяли БПВ, дистальный конец перевязывали, в проксимальный конец через катетер Фогарти 6L вводили световод 600 мкм лазерного аппарата ФОТЭК ЛК-50 (исп. 4). Катетер проводили до паховой области и ретроградно производили ЭВЛК БПВ (1,06 мкм) со скоростью 1 см/сек. Мощность излучения - 20 Вт (при диаметре БПВ до 10 мм), 24 Вт (более 10 мм). После коагуляции концы БПВ перевязывали. У 3 больных произвели ЭВЛК МПВ в аналогичном режиме. Варикозные коллатерали на бедре и голени удаляли путем минифлебэктомии через проколы или производили пункционную лазерную коагуляцию через иглу 18G (1,34 мкм, мощность 16 Вт). Маркированные несостоятельные перфорантные вены перевязывали надфасциально.

Результаты и обсуждение. Оценены ближайшие послеоперационные результаты лечения больных. Болевой синдром у большинства больных оценивался как легкий (по 10-балльной шкале - от 1 до 3), боль в основном локализовалась в области послеоперационных ран. У 3 пациентов (14%) на бедре подкожно пальпировался незначительно болезненный тяж плотноэластической консистенции, у 1 больного была заметна полоска гиперпигментации кожи по ходу БПВ. Гематом и инфильтратов по ходу БПВ не выявлено. В местах пункционной ЭВЛК варикозно расширенных притоков наблюдались незначительные локальные подкожные гематомы, у 4 пациентов пальпировались инфильтраты по ходу коагуляции, которые исчезали к 5-м суткам. Через 7 дней после операции больным выполнялось контрольное УЗИ вен. В просвете БПВ визуализировались плотные тромботические массы, вена не компримировалась, кровоток не определялся, сохранена дольчатость паравазальной жировой клетчатки, повреждений окружающих тканей не выявлено.

Выводы.

1. ЭВЛК является эффективным методом устранения вертикального вено-венозного рефлюкса;

2. Послеоперационный период после ЭВЛК протекает легче, чем после классического стриппинга;

3. Для повышения эффективности и безопасности ЭВЛК требуется дальнейшее аналитическое изучение отдаленных результатов лечения.

Литература:

1. Беленцов, С. М. Миниинвазивная хирургия варикозной болезни нижних конечностей / С. М. Беленцов // Ангиология и сосуд. хирургия. - 2009. - Т. 15, № 1. - С. 85-90.

2. Соколов, А. В. Эндовенозная лазерная коагуляция в лечении варикозной болезни / А. Л. Соколов, К. В. Лядов, Ю. М. Стойко. - М.: Медпрактика-М, 2007. - 220 с.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мармыш Г.Г., Милешко М.И., Могилевец Э.В.,
Хильмончик И.В., Сухоцкий Д.В., Олентюкевич А.Н.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Лечение трофических язв нижних конечностей является актуальной проблемой современной хирургии. В западноевропейских странах трофическими язвами страдает около 1% трудоспособного населения, а у лиц пожилого возраста их частота достигает - 4-5%. В Российской Федерации, по данным В.С. Савельева, около 3 миллионов человек имеют венозные трофические язвы, причем 1,5-2 миллиона больных стали инвалидами и находятся за гранью возможного излечения. По подсчетам И.Н. Гришина (2005), примерно 40 тыс. человек страдают трофическими язвами венозного генеза. В настоящее время значительный интерес и перспективы в лечении гнойных ран и трофических язв представляет использование метода фотодинамической терапии (ФДТ) [1].

Цель. Улучшить результаты лечения больных с длительно не заживающими трофическими язвами нижних конечностей методом фотодинамической терапии (ФДТ) с раствором метиленового синего.

Материал и методы. Нами проведена фотодинамической терапии с раствором метиленового синего у 10 больных с длительно не заживающими трофическими язвами голени. Больные находились на лечении во II -ом хирургическом отделении УЗ "4-ая городская клиническая больница г. Гродно". Возраст больных был от 40 до 87 лет. Раствор антисептика метиленового синего наносили на язвенную поверхность за 30 минут до проведения сеанса ФДТ в дозе 0,5 мл/см². Фотодинамическое воздействие осуществляли дистанционно в непрерывном режиме при длине волны 660 нм, плотности подводимой к ране энергии 30-40 Дж/см² и плотности мощности 0,8-1,0 Вт/см². При использовании комплекса многоцветного фототерапевтического "Ромашка". Время экспозиции рассчитывали по формуле: $t = P^{0,78E \times d^2}$, где E - энергия, P - мощность. Количество процедур подбиралось индивидуально с учетом конкретных адаптационных характеристик пациента, сроков возникновения заболевания, размеров язвы, вида микрофлоры и показателей бактериальной обсемененности, а также фазы раневого процесса. Анализ результатов проводили на основании данных клинических исследований, иммунологического статуса, исследования микроциркуляторного русла, морфологических (цитологических, цитобактериологических). Фотодинамическая терапия с раствором метиленового синего при лечении трофических язв голени дает первичный стимул, ускоряющий торпидный раневой процесс и затем последовательно сокращающий время фаз заживления раны.

Вывод. Способ лечения больных с длительно не заживающими трофическими язвами нижних конечностей методом фотодинамической терапии с раствором метиленового синего патогенетически обоснован, высоко

эффективен по сравнению с традиционными методами. Позволяет сократить сроки заживления и эпителизации в 1,5 раза с хорошим функциональным и косметическим эффектами.

Литература.

1. Странадоко, Е. Ф. Фотодинамическая терапия при гнойных заболеваниях мягких тканей / Е. Ф. Странадоко, У. М. Коробоев, М. П. Толстых // Хирургия. - 2000. - № 9. - С. 67-70.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН В ГОМЕЛЬСКОМ ОБЛАСТНОМ ОТДЕЛЕНИИ ХИРУРГИИ СОСУДОВ

Маслянский Б.А., Лызилов А.А.
У "Гомельский областной клинический
кардиологический диспансер",
УО "Гомельский государственный медицинский
университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Хирургическое лечение при тромбозах глубоких вен решает две задачи: предотвращение ТЭЛА и восстановление проходимости сосудистого русла [1].

Тромбэктомия была бы идеальным решением. Но значительная частота ретромбоза является причиной сдержанного отношения к ней.

Паллиативные вмешательства (направлены на предотвращение ТЭЛА): пликация НПВ, перевязка глубоких вен, имплантация кава-фильтров [1].

В случаях, когда флотирующий тромб находится в бедренных венах, целесообразнее простая перевязка бедренных вен. Перевязка поверхностной бедренной вены производится тотчас дистальнее впадения глубокой вены бедра. Имплантация кава-фильтров в Беларуси - относительно редкое событие ввиду высокой стоимости кава-фильтров и систем для их постановки.

После всех видов оперативных вмешательств обязательно проводится антикоагулянтная терапия [2].

Цель. Определить показания и сроки хирургического лечения.

Материалы и методы. Нами обследованы 42 пациента, прошедших хирургическое лечение на базе отделения сосудистой хирургии в 2008-2009гг. Мужчин - 33 человека (78%), женщин - 9 чел. (22%) Средний возраст 48±9,2 года. Диагноз ставили на основании жалоб, осмотра, ультразвукового дуплексного сканирования и флебографии.

Результаты и обсуждение. Впервые тромбоз развился у 34 человек (81%), повторно у 8 (19%).

Левостороннюю локализацию имели 23 человека (55%), правостороннюю 14 чел. (33%), с двусторонним поражением 5 человек (12%).

По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 30 лет - 4 человека (9,5%), 31-40 лет - 3 человека (7%), 41-50 лет - 10 человек (23,8%), 51-60 лет - 10 человек (23,8%), 61-70 лет - 11 человек (26%) и старше 70 лет - 4

человека (9,5%).

20 человек (48%) обратились за помощью в первые 3 суток, 9 человек (21%) - от 4 до 7 суток, 8 (19%) - в первые 21 день и 5 (12%) человек - позже 21 дня.

Из прооперированных пациентов 12 человек (28,5%) перенесли ТЭЛА, у 30 пациентов (71,5%) диагноз ТЭЛА не выставлялся. ТЭЛА диагностировали на основании спиральной компьютерной томографии или контрастной ангиопульмонографии.

С флотирующими тромбами госпитализировано 34 пациента (81%). У 6 пациентов (14%) флотация достоверно установлена в результате УЗ контроля в динамике.

Двоим пациентам имплантирован кава-фильтр при отсутствии флотирующих тромбов. Показанием послужила рецидивирующая ТЭЛА.

По характеру выполненного вмешательства больные распределились следующим образом: пликация поверхностной бедренной вены выполнена у 27 пациентов (64%), перевязка поверхностной бедренной вены - у 2 (4,7%), пликация наружной подвздошной вены - 7 пациентам (16,7%), перевязка подвздошной вены - у 1 пациента (2,3%), пликация нижней полой вены - у 1 пациента (2,3%) и имплантация кава-фильтра - у 6 (14,3%) пациентов (14,3%).

Выводы:

1. Современная УЗ-диагностика позволяет выявлять флотирующие тромбы в сроки, превышающие длительность общепринятого постельного режима (7-10 дней), а также избирательно выполнять пликацию того или иного венозного бассейна с целью профилактики ТЭЛА.

2. При эмболоопасном тромбозе бедренной вены пликация ПБВ тотчас дистальнее впадения глубокой вены бедра служит эффективным методом хирургической профилактики ТЭЛА.

3. Хирургические вмешательства на бедренной вене при эмболоопасном ее тромбозе не приводят к выраженным проявлениям хронической венозной недостаточности в отдаленном послеоперационном периоде.

Литература:

1. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. - М.: Медицина, 2001. - 664 с.

2. Лечение тромбоза в системе нижней полой вены. Как избежать ошибок? / А. И. Кириенко [и др.] // Ангиология и сосуд. хирургия. - 2007. - Т. 3, № 4. - С. 99-102.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ФЛЕБОТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОЗИЦИИ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ

Небылицин Ю.С., Сушков С.А.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Лечение пациентов с острым

тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей продолжает оставаться одной из актуальнейших проблем сосудистой хирургии [1, 2]. Это оправдывает усилия, направленные на поиск новых эффективных препаратов, используемых в комплексной терапии при данной патологии.

Цель. Оценка эффективности использования в комплексном лечении ТГВ препаратов, корригирующих функциональное состояние эндотелия.

Материал и методы. В исследование включены 95 пациентов (мужчин - 58, женщин - 37) с ТГВ нижних конечностей, которые находились на лечении в УЗ "Вторая Витебская областная клиническая больница" в период 2007-2009 гг. Средний возраст пациентов варьировал от 18 до 86 лет и составлял $53,6 \pm 14,2$ года ($M \pm \sigma$). В зависимости от проводимого лечения, больные были разделены на три группы. Рандомизация проводилась методом "конвертов".

Контрольную группу (группа №1) составили 35 пациентов, которым применялась стандартная схема лечения: антикоагулянты прямого и непрямого действия; антиагреганты; компрессионная терапия с использованием эластических бинтов и современного компрессионного трикотажа - Relaxsan. В группу №2 вошли 32 пациента, в комплексную схему лечения были включены препараты: ангиопротектор (ингибитор системы синтеза монооксида азота) - пентоксифиллин (трентал), флебопротектор и флеботоник (капилляростабилизирующее средство) из группы сапонинов - раствор L-лизина эсцинат и антиоксидантный препарат - антиоксидантный комплекс. В группу №3 вошли 28 пациентов, в комплексную схему лечения были включены препараты: пентоксифиллин (трентал), L-лизина эсцинат и комбинированный антиоксидантный цитопротектор - ликоред.

Пациенты обследовались до лечения и после его завершения (5 - 7-е сутки). В венозной крови определяли количество циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК), содержание стабильных продуктов деградации монооксида азота (NO_2/NO_3) в плазме крови, диеновых конъюгатов (ДК) в плазме крови и малонового диальдегида (МДА).

Цифровой материал обрабатывали статистически с использованием стандартных пакетов прикладных программ "Statistica - 6". Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В первой группе пациентов после проведения стандартного курса лечения количество ЦЭК снизилось на 21,7% ($p < 0,05$). В группах пациентов №2 и №3, которым в комплексном лечении назначались препараты, восстанавливающие функциональное состояние эндотелия, отмечалось снижение ЦЭК на 38,5% и 41,6%, по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$).

В первой группе пациентов, получавших стандартное лечение, содержание NO_2/NO_3 на 5-7-е сутки статистически не отличалось от показателей определенных до лечения ($p > 0,05$). В группах пациентов №2 и №3 отмечалось достоверное снижение содержания NO_2/NO_3 на 35,2% и 37,2%, по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$).

После проведения стандартного лечения у пациентов группы №1 содержание МДА незначительно снизилось.

Оно было $86,4 \pm 6,2$ нМ/г белка плазмы ($M \pm m$), но различие с показателями определенными до лечения оказалось недостоверным ($p > 0,05$). Содержание МДА в крови пациентов групп №2 и №3 после лечения снизилось на 33,6% и 32,5%, по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$). В группе пациентов №1, получавших стандартное лечение, содержание ДК достоверно снизилось на 45,6%, по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$). Содержание ДК в группах пациентов №2 и №3 достоверно уменьшилось на 60,1% и 63,2%, по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$).

При оценке клинической эффективности применения комплексов препаратов: пентоксифиллин, L-лизина эсцинат, антиоксидантный комплекс/ликоред, путем балльной оценки симптомов, наблюдалось достоверное снижение интенсивности проявлений ТГВ ($p < 0,05$).

Выводы

1. Назначение пациентам с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей препаратов: пентоксифиллин (трентал), L-лизина эсцинат, антиоксидантный комплекс/ликоред является патогенетически обоснованным, так как способствует снижению в периферической крови количества циркулирующих эндотелиоцитов, показателей окислительного (содержание малонового диальдегида и диеновых конъюгатов) и нитрозилирующего стресса - (содержание нитратов/нитритов).

2. Применение в комплексной схеме лечения препаратов, восстанавливающих функциональное состояние эндотелия, приводит к более выраженному снижению субъективных клинических симптомов и объективных показателей у пациентов с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Литература:

1. *Заболевания вен: пер. с англ / под ред. Х. С. Фронка, 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.*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАРИНОВ РАЗЛИЧНОЙ МОЛЕКУЛЯРНОЙ МАССЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Небылицин Ю.С., Сушков С.А.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и его последствие, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), занимают ведущее место среди послеоперационных осложнений и причин летальности [1, 2]. Основу консервативного лечения составляют антикоагулянты, необходимость использования которых в терапии венозного тромбоза неоспорима [1]. В последние годы все большую популярность завоевывают низкомолеку-

лярные гепарины (НМГ), которые обладают высокой биодоступностью и не требуют частого лабораторного контроля [2]. В связи с этим представляется актуальным провести оценку эффективности и безопасности применения НМГ, в сравнении с нефракционированным гепарином (НФГ) у пациентов с ТГВ.

Цель. Сравнительная характеристика применения НМГ и НФГ в лечении ТГВ.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 110 пациентов с ТГВ, находившихся на лечении в УЗ "Вторая Витебская областная клиническая больница" в период 2006-2010 гг. В зависимости от проводимого лечения пациенты были разделены на две группы.

Первую группу составили 65 пациентов, которым применялся в комплексном лечении НФГ. Среди них мужчин было 38, женщин - 27. Илиофemorальный тромбоз - 25, бедренной вены - 21, подколенной вены - 12, икроножных вен - 3, берцовых вен - 4. Средний возраст пациентов варьировал от 16 лет до 79 года и составлял $53,4 \pm 16,9$ года ($M \pm$). НФГ применяли 4 раза в сутки подкожно в начальной дозе 450 ЕД на 1 кг массы тела в течение 7-10 дней. Лабораторный контроль над проводимой терапией осуществляли путем определения активированного частичного тромбопластинового времени, добиваясь удлинения его в 1,5-2 раза от нормы.

Вторую группу составили 55 пациента, которым применяли НМГ. Среди них мужчин было 29, женщин - 26. Илиофemorальный тромбоз выявлен у 19 пациентов, бедренной вены - 18, подколенной вены - 12, берцовых вен - 4 и мышечных синусов - 2. Средний возраст больных варьировал от 23 лет до 81 года и составлял $55,2 \pm 17,6$ года ($M \pm$).

Диагноз ТГВ у пациентов подтверждался при проведении триплексного ультразвукового ангиосканирования, которое проводилось с помощью ультразвукового сканера "Logiq-500 Pro" (General Electric) с конвексным датчиком 5 МГц и линейным датчиком 11 МГц.

Цифровой материал обрабатывали статистически с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica - 6.

Результаты и обсуждение. Критериями проведения сравнительного анализа эффективности и безопасности применения НМГ и НФГ у больных с ТГВ являлись: отсутствие роста тромботических масс, ТЭЛА и геморрагических осложнений.

В первой группе при применении НФГ в 6-х случаях (9%) отмечено распространение тромбированного участка в проксимальном направлении, что потребовало дополнительной корректировки дозы антикоагулянта. Во второй группе при проведении контрольного ультразвукового ангиосканирования тромбированных вен роста тромботических масс не определялось. Клинических признаков легочной эмболии у пациентов двух групп не наблюдалось. Геморрагические осложнения наблюдались только в первой группе - в 8-х случаях (12%). Кроме того в группе №1 в двух случаях развилась гепарининдуцированная тромбоцитопения.

У пациентов при применении НМГ отмечалась положительная динамика субъективных ощущений (отек, болевой синдром, тяжесть, дискомфорт) на $5,8 \pm 1,7$ сутки ($M \pm$), в группе при применении НФГ на $10,6 \pm 2,5$ сутки ($M \pm$). Средний срок лечения в первой группе составил

17,6±2,7 к/д (M±), во второй - 12,8±2,1 к/д (M±).

Следовательно, применение НМГ в лечении пациентов с ТГВ нижних конечностей является эффективным, более безопасным и позволяет сократить сроки лечения.

Таким образом, полученные результаты показывают целесообразность применения НМГ в лечении пациентов с ТГВ нижних конечностей.

Выводы.

1. Гепарины различной молекулярной массы служат препаратами выбора лечения пациентов с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

2. Низкомолекулярные гепарины являются эффективными и более безопасными.

3. Низкомолекулярные гепарины удобны в применении и не требуют частого лабораторного контроля.

Литература:

1. *Plebology / A. A. Ramelet [et al.]. - Elsevier Masson, 2008. - 566 p.*

2. Стойко, Ю. М. Низкомолекулярные гепарины в комплексной профилактике тромбоземболических осложнений у больных хирургического профиля / Ю. М. Стойко, М. Н. Замятин, В. Г. Гудымович // *Флебология [Электронный ресурс]. - 2008. - № 3. - Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/flebo/2008/3/>. - Дата доступа: 11.03.2009.*

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Небылицын Ю.С., Чепёлкина О.П.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",

г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Высокая распространенность тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей, рост осложнений нередко являющихся причиной летальных исходов свидетельствует о недостаточной эффективности существующих лечебных мероприятий, и побуждают к поиску эффективных методов лечения [1, 2].

Цель. Оценить эффективность применения иммунокорректирующей терапии в комплексном лечении у пациентов с ТГВ нижних конечностей.

Материал и методы. В исследование включены 85 пациентов (мужчин - 53, женщин - 32) с ТГВ нижних конечностей, которые находились на лечении в УЗ "Вторая Витебская областная клиническая больница". Средний возраст пациентов варьировал от 19 до 73 лет и составлял 52,6±12,4 года (M±). В зависимости от проводимого лечения, пациенты были разделены на три группы. Рандомизация проводилась методом "конвертов".

Контрольную группу (группа №1) составили 50 пациентов, которым применялась стандартная схема лечения: антикоагулянты прямого и непрямого действия; антиагреганты; компрессионная терапия с использованием эластических бинтов и современного компрессион-

ного трикотажа - Relaxsan. В группу №2 вошли 20 пациентов, в комплексную схему лечения которых был включен препарат, корригирующий иммунный статус - циклоферон. В группу №3 вошли 15 пациентов, в комплексную схему лечения которых был включен иммунокорректор - ликопад.

Пациенты обследовались до лечения и после его завершения. При лабораторном обследовании оценивали иммунный статус. Были произведены тесты определения субпопуляции Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, концентрации сывороточных иммуноглобулинов основных классов (Ig G, Ig M, Ig A). Изучали иммунорегуляторный индекс (ИРИ), фагоцитарную активность лейкоцитов, фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ), уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Цифровой материал обрабатывали статистически с использованием стандартных пакетов прикладных программ "Statistica - 6". Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В первой группе пациентов при проведении стандартного курса лечения количество Т-лимфоцитов общих, Т-лимфоцитов активных, Т-хелперов, Т-супрессоров, ЦИК, НСТ-тест спонтанный составил, НСТ-тест стимулированный, количество В-лимфоцитов статистически не отличалось от показателей, исследуемых до лечения ($p < 0,1$). Фагоцитарное число и фагоцитарный индекс по сравнению с показателями, взятыми при поступлении оказались уменьшенными соответственно на 15,4% и 22,8% ($p < 0,05$).

В группах №2 и №3 при применении иммунокорректирующей терапии в комплексном лечении в крови, взятой из подкожной локтевой вены у пациентов с ТГВ, отмечалось статистически достоверное увеличение количества Т-лимфоцитов общих, Т-лимфоцитов активных, Т-хелперов и ФЧ ($p < 0,05$).

Количество Т-супрессоров, В-лимфоцитов, а также ЦИК, НСТ-тест спонтанный, НСТ-тест стимулированный и ФИ статистически не отличались от показателей, исследуемых при поступлении ($p < 0,1$).

При применении препаратов, регулирующих иммунный статус, наблюдалось статистически достоверное снижение показателей дисфункции иммунной системы. У данной группы пациентов отмечалась положительная динамика субъективных ощущений (болевой синдром, тяжесть, дискомфорт).

Таким образом, результаты исследования показали, что включение в схему лечения пациентов с ТГВ препаратов циклоферон/ликопад является патогенетически обоснованным, поскольку оказывает иммунокорректирующее действие и позволяет повысить эффективность лечения.

Выводы.

1. Назначение пациентам с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей иммунокорректирующих препаратов: циклоферон/ликопад является патогенетически обоснованным, так как способствует восстановлению количества Т-лимфоцитов общих, Т-лимфоцитов активных, Т-хелперов и фагоцитарного числа.

2. Применение в комплексной схеме лечения

препаратов, восстанавливающих иммунологический статус, приводит к более выраженному снижению субъективных клинических симптомов и объективных показателей у пациентов с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Литература:

1. Воевода, М. Т. Профилактика и лечение тромбоза глубоких вен: учебно-метод. пособие / М. Т. Воевода, А. А. Баешко. - Минск: Белпринт, 2006. - 48 с.
2. Лебедев, В. В. Проблемы патогенеза и терапии иммунных расстройств / В. В. Лебедев. - М., 2002. - С. 6-35.

КЛИНИКО-СОНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕДНЕГО МИОФАСЦИАЛЬНОГО ЛОЖА ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Павлов А.Г., Кухновец Е.А., Коробов Г.Д., Ляшук Д.Л.
 УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
 УЗ "Вторая Витебская областная клиническая больница",
 г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Дуплексное и триплексное ангиосканирование в настоящее время стали стандартом предоперационного обследования пациентов с варикозной болезнью [1, 2, 3]. Однако все авторы отмечают высокую зависимость эффективности метода от навыков специалиста и качества аппаратуры [1, 3]. Наличие рекомендаций по обследованию значительно облегчает работу врачей ультразвуковой диагностики, однако большинство руководств акцентирует внимание на обследовании системы большой и малой подкожной вены, глубоких вен и "именных" перфорантных групп (Коккета, Додда, Гунтера, Басси и т.д.) [1, 3]. Поэтому видится целесообразным разработать рекомендации по обследованию пациентов с варикозной болезнью для выявления перфорантных вен другой локализации.

Цель. Разработать рекомендации по обследованию перфорантного сегмента переднего миофасциального ложа голени у пациентов с варикозной болезнью.

Материал и методы. Проанализированы результаты ультразвукового сканирования и клинического обследования 228 пациентов (131 женщина и 97 мужчин) с варикозной болезнью, поступивших для оперативного лечения в хирургический стационар "Второй Витебской областной клинической больницы". Возраст больных

варьировал от 19 до 70 лет (в среднем $45,8 \pm 12,5$ года). Ультразвуковое исследование во всех случаях выполнено в режиме цветового доплеровского картирования на одном аппарате Logiq 500 Pro (General Electric) одним специалистом. При обследовании больных применялись клинические и инструментальные методы исследования. Анализ полученных данных проводился при помощи программы статистической обработки данных STATISTIKA 6.0 StatSoft, Inc. с применением методов кластерного анализа (метод Варда, с использованием манхетенской метрики, дивизивный метод разложения групповых средних), t-критерия для независимых выборок, непараметрических методов (χ^2 -критерий Пирсона).

Результаты и обсуждение. При клиническом обследовании у всех пациентов определены морфометрические показатели голени (окружность на 3-х уровнях и длина), наличие трофических нарушений и их локализация. Морфометрические показатели при проведении расчётов представлены в виде отношения окружности к длине. При ультразвуковом исследовании переднего миофасциального ложа выполнена дифференцированная маркировка всех обнаруженных состоятельных и несостоятельных перфорантов, с определением расстояния от каждого из перфорантов до костного ориентира (латеральная лодыжка). Методом кластерного анализа проведено деление пациентов на группы исходя из морфометрических показателей голени. Выделено три различных формы голени, которые описаны нами как толстая бутылковидная (первая группа - 56 пациентов), толстая конусовидная (вторая группа - 103 пациента) и тонкая конусовидная (третья 69 пациентов).

При сопоставлении морфометрических данных с результатами ультразвукового и клинического обследования пациентов первой и третьей групп установлено, что у пациентов с самой толстой голенью достоверно чаще ($p < 0,05$) встречаются трофические нарушения как на медиальной, так и на передней поверхности, в данной группе выше диаметр передних большеберцовых вен, и хотя количество перфорантных вен в данной группе меньше, значительно выше количество несостоятельных перфорантов. Сопоставление данных клинического обследования пациентов двух групп с крайними морфометрическими вариантами и группы со средним морфометрическим вариантом не выявило статистически достоверных отличий. У пациентов второй группы трофические нарушения и несостоятельные перфорантные вены встречались реже, чем в первой группе, но чаще, чем в третьей. Хотя показатель значимости отличий в обоих случаях не соответствовал уровню достоверности, но его можно считать клинически значимым (см. таблицу).

По данным анализа распределения перфорантных вен, установлено, что большая часть всех перфорантов располагались в средней трети голени, причём особенностей

Таблица. Частота встречаемости трофических нарушений и перфорантных вен в группах, выделенных по морфометрическим показателям.

Показатель	1 группа	2 группа	3 группа	p (1:2)	p (1:3)	p (2:3)
Кол-во перфорантов	4,34	5,37	5,67	0,001	0,000	0,236
Кол-во несостоятельных перфорантов	0,34	0,18	0,07	0,087	0,001	0,057
Частота трофических нарушений	0,43	0,28	0,16	0,061	0,018	0,064
Частота трофических расстройств на переднелатеральной поверхности голени	0,20	0,14	0,06	0,32	0,001	0,1

распределения несостоятельных перфорантов в разных группах не отмечено.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать более настойчивый поиск несостоятельных перфорантных вен в переднем миофасциальном ложе голени у пациентов с бутылкообразной формой голени, особенно при наличии трофических нарушений, независимо от их локализации. Наиболее вероятным является выявление перфорантов переднего миофасциального ложа, в том числе несостоятельных, в средней трети голени.

Литература:

1. Чуриков, Д. А. *Ультразвуковая диагностика болезней вен* / Д. А. Чуриков, А. М. Киренко. - М.: Литтерра, 2008. - 96 с.

2. *Основные принципы дуплексного сканирования вен нижних конечностей при хронических заболеваниях вен. Согласительный документ Междунар. ассоц. флебологов* / P. Coleridge-Smith [et al.] // *Флебология [Электронный ресурс]*. - 2008. - №1. - Ч. I. - Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/flebo/detail/427/6391>. - Дата доступа: 11.05.09.

3. *The Fundamentals of Phlebology: Venous Disease for Clinicians* / ed. H. S. Fronck. - American College of Phlebology, 2008. - 98 p.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫХ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ

Перепелица С.И., Бегун Д.И., Корик В.Е., Попченко А.Л.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность выполненного исследования обусловлена, прежде всего, значимостью горизонтального веновенозного рефлюкса в генезе хронической венозной недостаточности нижних конечностей и наиболее важной ролью при этом перфорантных вен (ПВ) голени [1]. Насущными остаются вопросы как гипер-, так и гиподиагностики состоятельности ПВ [2], а также изучения функциональной анатомии ПВ, во многом определяющие тактику устранения рефлюкса.

Цель. Изучение вариантов строения и особенностей функциональной диагностики несостоятельных ПВ голени при неосложненной варикозной болезни.

Материал и методы. Обследовано 128 мужчин (44%) и женщин (56%) соответственно в возрасте от 22 до 69 лет, обратившихся к флебологу по поводу неосложненного хронического заболевания вен нижних конечностей.

Ультразвуковое исследование проводили на аппаратах серий Logig Vivid ("Ceneral Electric", США) с датчиками частотой 5-13 МГц. Ультразвуковой поиск и оценка состояния ПВ голени входили в алгоритм панфлебоэхографии.

Результаты и обсуждение. Всего было выявлено 108 несостоятельных ПВ. Наибольшее количество ПВ определялось в медиальной проекции голени. Минимальный

размер несостоятельной ПВ, составил 0,18 см, максимальный - 0,72 см (средний размер 0,35±0,15 см). Глубина прохождения ПВ через фасцию голени варьировала в пределах 5-38 мм и зависела от строения и состояния подлежащих тканей. Для повышения эффективности диагностики состоятельности ПВ нами использовались уточняющие методические приемы.

Артефакт первоначального движения крови в ПВ и далее в глубокие вены во время мануальной компрессии при первоочередном воздействии на подкожные вены исключался при более сильной повторной компрессии мышц голени или привлечением к выполнению пробы ассистента в зависимости от конституциональных особенностей пациента. Подтверждением несостоятельности ПВ в сомнительных случаях служил различной интенсивности кровоток через нее при декомпрессии, но уже кодируемый другим цветом, а также наличием фазности сигнала в режиме импульсноволнового доплера (PWD). В процессе исследования были определены некоторые особенности строения ПВ:

I. ПВ типа "возвратная ветвь" с типичной локализацией в медиальной проекции нижней трети голени и калибра 2-3 мм наблюдали в 11 (14,1%) случаях.

II. "S-образные" ПВ идентифицировали в случаях широкого просвета ПВ, преимущественно в группах с продвинутым классом заболевания у 8 (10,2%) пациентов.

III. Удвоенные (две рядом расположенные) ПВ определялись у 14 (17,9%).

IV. Корреспондирующая артерия калибром до 1.5 мм в одном канале с ПВ визуализирована у 6 (7,7%) больных. Причем в большинстве случаев эти ПВ определялись как удвоенные. В режиме импульсноволнового доплера по корреспондирующей ПВ артерии регистрировался интенсивный артериальный кровоток

Выводы. Для исключения как гипо-, так и гипердиагностики несостоятельности ПВ при выполнении проксимальной компрессионной пробы перфорантный рефлюкс необходимо оценивать как минимум по факту изменения цветовой карты в режиме дуплексного сканирования. Ультразвуковое ангиосканирование в сочетании со спектральным доплером в 7-8% случаев позволяет выявить ПВ с артерией в составе.

Литература:

1. *Флебология: руководство для врачей* / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. - М.: Медицина, 2001. - 664 с.

2. *Недостаточность перфорантных вен голени: критерии и частота выявления* / И. А. Золотухин [и др.] // *Флебология [Электронный ресурс]*. - 2008. - № 1.

ТАКТИКА ОБЩЕГО ХИРУРГА ПРИ ИЛИОФЕМОРАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ

Попченко А.Л., Стасевич В.Н., Дударев Д.В.,
Перепелица С.И., Войделевич А.С., Мелконян Н.Д.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Илиофemorальный тромбоз (ИФТ) является серьезным заболеванием с точки зрения развития эмболии легочной артерии и посттромботической болезни [1,2]. Общему хирургу многопрофильного стационара часто приходится принимать тактические решения по диагностике и лечению этой патологии на этапе поступления больного в клинику и в процессе его ведения в отделениях хирургического и терапевтического профиля [3].

Цель. Оптимизировать тактику общего хирурга многопрофильного стационара при ИФТ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни 56 больных с ИФТ, лечившихся во 2 ГКБ г. Минска в 2006-2009 гг. Мужчин было 32, женщин - 24; возраст пациентов - от 23 до 79 лет (ср. 51,9). У 8 (14,3%) больных заболевание развилось в стационаре, у остальных 48 (85,7%) - на догоспитальном этапе.

На уровне приемного отделения предположительный диагноз ИФТ ставили при наличии анамнестических факторов риска развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей и на основании характерной клинической картины. У стационарных больных использовали инструментальные методы обследования венозного русла: дуплексное сканирование, спиральная компьютерная томография с сосудистым усилением. В схеме лечения ИФТ применяли антикоагулянты, НПВС, пентоксифиллин, декстраны.

Результаты и обсуждение. На уровне приемного отделения ИФТ заподозрен у 48 пациентов. Все они госпитализированы в хирургическое отделение. В последующем у 4 (8,3%) из них диагноз был снят: у 1 (2,1%) выявлен венозный тромбоз бедренно-подколенного сегмента, у 3 (6,25%) - патология вен была исключена. Среди стационарных больных ИФТ заподозрен у 11 пациентов, из них у 3 (27,3%) при инструментальном обследовании заболеваний вен не выявлено.

Установить характер и распространенность тромботического процесса необходимо стремиться в первые дни с момента постановки диагноза [2,3]. Для этого всем больным было проведено дуплексное сканирование, а 10 - СКТ-ангиография. Изолированный тромбоз подвздошно-бедренного сегмента выявлен у 14 (25%) больных, у остальных пациентов патологический процесс распространялся на подколенную вену и вены голени. При этом у 8 (14,3%) больных ИФТ развивался по восходящему типу, когда тромб изначально зарождался в венах голени и/или в подколенной вене. Такая динамика развития тромба привела к летальной легочной эмболии у одного больного, когда при дуплексном сканировании изначально был выявлен только дистальный тромбоз на уровне голени.

При подозрении на ИФТ сразу назначали прямые антикоагулянты в лечебных дозах. В случаях выражен-

ного болевого синдрома, значительного нарушения венозного оттока из дистальных отделов пораженной конечности, в схему лечения включали НПВС, пентоксифиллин, декстраны.

Тактика лечения корректировалась после получения данных дуплексного сканирования и СКТ-ангиографии. У 4 пациентов с обструктивным тромбозом (экстравазальная компрессия левой подвздошной вены) и высоким риском геморрагических осложнений антикоагулянтная терапия была отменена. У 2 пациентов с флотирующим тромбом поставлены показания к имплантации кава-фильтра, у 2 - к оперативному лечению; эти пациенты консультированы сосудистым хирургом.

Выводы. Все больные с подозрением на ИФТ подлежат госпитализации в стационар. До проведения инструментального обследования сосудов системы нижней полой вены, при котором диагноз патологии вен исключается в 10,7% наблюдений, им показано назначение антикоагулянтной терапии. Необходим динамический ультразвуковой контроль за тромботическим процессом при дистальном венозном тромбозе, что позволяет своевременно поставить показания к хирургической профилактике легочной эмболии.

Литература:

1. Баешко, А. А. Послеоперационный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоз эмболия легочной артерии. Эпидемиология. Этиопатогенез. Профилактика / А. А. Баешко. - М.: "Триада-Х", 2000. - 136 с.
2. Белоенко, Е.Д. Профилактика и лечение тромбоз эмболических осложнений в травматологии и ортопедии: практ. пособие / Е. Д. Белоенко. - Минск: В.И.З.А. ГРУПП, 2006. - 174 с.
3. Воробей, А.В. Профилактика и лечение тромбоз эмболических осложнений в хирургической практике / А. В. Воробей // Мед. панорама. - 2006. - № 2. - С. 28-30.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Сабельников В.В., Прокопец А.И.,
Злобин О.В., Шулепова Е.К.
Санкт-Петербургская Медицинская Академия
Последипломного Образования,
Научно-Исследовательский Институт
им. Р.Р. Вредена,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. По данным W. Geerts et.al. [1], без проведения адекватной профилактики ТЭЛА развилась у 0,9-28% пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава.

В ЦИТО, при ультразвуковом дуплексном исследовании тромбоз глубоких вен был выявлен у каждого пятого пациента после эндопротезирования тазобедренного сустава, причем максимум выявления тромбоза пришелся на 14-й день после операции [2].

Цель. Снижение риска венозных тромбоз эмболи-

ческих осложнений у пациентов с хронической венозной недостаточностью при проведении эндопротезирования крупных суставов.

Материалы и методы. В нашей клинике за период с 2001 по 2009 г.г. наблюдалось 484 пациента с коксартрозом и сопутствующей ВБ, а также 182 пациента с гонартрозом и сопутствующей ВБ: 271 мужчина и 395 женщин в возрасте от 43 до 74 лет.

По клиническим данным и ультразвуковом ангиосканировании (УЗАС) нижних конечностей выявлены проявления варикозной болезни в бассейне большой подкожной вены (БПВ) у 352 пациентов (СЕАР: С2, 3, 4; Аs 2, 3; Аp 17+18; Pr), в бассейне малой подкожной вены (МПВ) у 85 пациентов (С2,3; Аs 4), в обеих системах БПВ и МПВ у 57 пациентов (С 2, 3, 4; Аs 2, 3, 4; Аp 17+18; Pr). Начальные признаки варикозной болезни, в виде сегментарного варикоза без несостоятельности сафенофemorального и сафено-поплитеального соустьев у 172 пациентов (С1, Аs 1, 5).

На основании полученных данных нами была предпринята следующая тактика:

При С 2, 3, 4; Аs 2, 3, 4, Аp 17+18, Pr, а так же при выраженной сопутствующей патологии выполнялась плановая флебэктомия (293 пациента) с последующей выпиской больных. Эндопротезирование выполнялось через 1-3 месяца после реабилитации пациента.

При С2, 3; Аs 2, 3 выполнялась плановая флебэктомия (112 пациентов). После снятия швов больные были переведены в отделение ортопедии для оперативного лечения коксартроза и гонартроза через 1-3 недели.

При изолированном поражении С2, Аs 2 или С2, Аs 4 мы производили симультанные (сочетанные) вмешательства: санирующая флебэктомия по минимально необходимому объему и эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава (89 пациентов).

Больным с С 1, Аs 1, 5 была рекомендована эластическая компрессия (18-23 мм рт ст) на время операции и весь послеоперационный период вплоть до полной активизации с применением низкомолекулярных гепаринов, с переводом на непрямые антикоагулянты.

Всем пациентам была рекомендована эластическая компрессия на весь период лечения до полной активизации. Больные находились под наблюдением врачей нашего отделения в течение года. Выполнялось УЗАС нижних конечностей и контроль коагулограммы.

Результаты сравнивались с контрольной группой пациентов, (144 человека), сходной по возрастному и половому составу, которые были оперированы до 2000 г. по поводу коксартроза и гонартроза без предварительной консультации ангиохирурга. Впоследствии эти больные наблюдались нашими докторами в связи с отеком синдромом после ортопедической операции. В историях болезни данной группы больных, извлеченных из архива, были отмечены признаки варикозной болезни (С2, 3).

Результаты и обсуждение. В основной группе больных в сроки от 2 недель до 3 месяцев выявлен тромбоз глубоких вен различного уровня у 8 пациентов (1,2%), в контрольной группе у 25 человек (17,3%). Эпизоды нефатальной ТЭЛА в основной группе отмечены у 2 пациентов (0,3%), в контрольной группе 16 пациентов (11,1%).

Выводы. Принятая в нашей клинике тактика ведения пациентов с ВБ позволила значительно снизить количество тромботических осложнений при эндопротезировании

тазобедренного и коленного сустава.

Выполнение симультанных операций значительно уменьшает сроки госпитализации больных.

Литература:

1. Prevention of venous thromboembolism / W. Geerts [et al.] // Chest. - 2004. - Vol. 126. - P. 338-400.
2. Матвеева, Н. Ю. Тромбозы глубоких вен нижних конечностей у больных, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава / Н. Ю. Матвеева, Н. А. Еськин, З. Г. Нацвлишвили // Вестн. травматол. и ортопедии. - 2002. - Т. 2. - С. 54-57.

МАГНИТНАЯ ОБРАБОТКА КРОВИ И ПРОФИЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХПН НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Савостьяник С.А., Спас В.В., Вунцевич И.М., Швед Е.М., Богомазова Н.Н., Савостьяник В.Ч. УЗ "Гродненская областная клиническая больница", УО "Гродненский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет", г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Наиболее частыми причинами летальных исходов при терминальной стадии хронической почечной недостаточности (тХПН), атрибутно требующей почечной заместительной терапии, являются острые сердечно-сосудистые заболевания (инфаркты миокарда, инсульты). Среди факторов риска развития обозначенных осложнений выделяют тромбофилию на фоне артериальной гипертензии, прогрессирующего атеросклероза, диабетической ангиопатии и т.д. Несмотря на применение антикоагулянтов в процессе гемодиализа, подтверждается феномен микротромбообразования даже в отсутствии тромбофлебитов и флеботромбозов у больных на программном гемодиализе (ПГД). Независимо от нозологической основы, тХПН характеризуется развитием типового патологического процесса - хронического системного воспаления (ХрСВ). Повторяющийся контакт крови больного с искусственными материалами экстракорпорального контура активирует иммунную систему, агрегацию тромбоцитов, способствует развитию ХрСВ.

Экстракорпоральная магнитная обработка крови (МОК) является одним из методов лечения, основанным на возможности системного влияния на характер патологического процесса. Ранее доказан позитивный эффект МОК при терапии гипертензий, ишемических поражений сердца и мозга. Метод включался в комплексную противотромботическую профилактику и имел положительный эффект у беременных с факторами риска тромбоза [1].

Цель. Изучить влияние МОК на факторы риска тромботических осложнений у больных с тХПН, получающих лечение в виде ПГД.

Материал и методы. Обследованы пациенты основной (n=36) и контрольной (n=36) групп с тХПН на бикарбонатном ПГД по артерио-венозному варианту на

аппаратах "Fresenius 4008B" (Германия). При этом скорость кровотока, продолжительность сеанса ГД, тип и площадь диализирующих мембран, а также антикоагулянтная поддержка (5-7,5 тыс. ЕД гепарина) оставались неизменными. Показатель Kt/V составлял 1,2- 2,3 у всех обследуемых. МОК проводилась аппаратом "Интерспок" (ООО "Магномед", Беларусь-Германия) в течение 30 минутного воздействия импульсного магнитного поля (60-200Гц), модулированного частотой 10 Гц, при индукции 140 ± 10 мТл на кровь во второй половине сеанса ГД (курс - 6 процедур). Кровь обрабатывали во время ее протекания по участку венозной магистрали, помещенной в зазор излучателя.

Статобработку результатов осуществляли с помощью программ "Statistika 6.0" (Stat Soft inc., USA). Результаты считали достоверными по t- критерию Стьюдента менее 5%.

Результаты и обсуждение. У больных обеих групп с исходным нормальным или повышенным количеством тромбоцитов на старте исследования ($>140 \times 10^9/\text{л}$) изучалась динамика последних. После курса МОК прослеживалась тенденция к их количественному снижению: с $209,1 \pm 7,4 \times 10^9/\text{л}$ до $198,1 \pm 7,3 \times 10^9/\text{л}$, в то же время в контрольной группе содержание тромбоцитов незначительно увеличилось: с $197,5 \pm 6,0 \times 10^9/\text{л}$ до $205,0 \pm 10,0 \times 10^9/\text{л}$ ($p > 0,05$). Динамика других показателей гемостазиограммы также свидетельствовала в пользу МОК: достоверные удлинение АЧТВ с $31,98 \pm 0,79$ секунд до $35,30 \pm 1,18$ секунд (контроль: с $31,61 \pm 0,84$ сек. до $32,77 \pm 1,24$ сек.) и регресс фибриногенемии с $3,516 \pm 0,143$ г/л до $3,240 \pm 0,099$ г/л ($p < 0,05$) (контроль: с $3,346 \pm 0,16$ г/л до $3,354 \pm 0,21$ г/л) после омагничивания крови. Исследовался профиль С-реактивного белка (СРБ): отмечалась тенденция к его снижению в основной группе (с $9,07 \pm 1,69$ мг/л до $7,95 \pm 1,71$ мг/л) и к повышению в контрольной (с $6,38 \pm 2,35$ мг/л до $9,33 \pm 2,75$ мг/л) ($p > 0,05$).

Выводы. Учитывая достоверное изменение показателей крови диализных пациентов после курса МОК: снижение фибриногена, удлинение АЧТВ, а также тенденцию к уменьшению уровня СРБ, тромбоцитемии при ее нормальном или повышенном исходном уровне, МОК может войти в перечень мероприятий профилактики тромботических осложнений у пациентов группы риска и, наряду с традиционной терапией, может стать дополнительной мерой в отношении снижения летальности от указанных осложнений при тХПН.

Литература:

1. Комар, С. Н. Противотромботическая профилактика с применением гемоманнитотерапии у беременных и исходы родов для плода и новорожденного / С. Н. Комар, А. А. Гусина, В. Н. Сидоренко // Мед. журн. - 2007. - № 3. - С. 58-62.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ ПРИ ВАРИКОЗНО БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Сивец Н.Ф., Гурко В.Н., Павленко В.Н., Шафалович С.В., Михайлов В.В., Котов В.П.
УЗ "6-я городская клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В настоящее время у 20-35% населения встречается варикозное расширение вен нижних конечностей [1]. В течение последних десятилетий ведущее место в хирургическом лечении данной патологии занимает операция - удаление большой подкожной вены - сафенэктомия. Эта операция патогенетически обоснована, эффективность её доказана многолетними наблюдениями, но недостатком её является выраженная травматичность. Поэтому появление альтернативных методик, одной из которых является эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК), будет способствовать улучшению результатов лечения пациентов с данной патологией [2].

Цель. Определение эффективности лечения варикозного расширения вен нижних конечностей методом ЭВЛК.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 138 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, находившихся на лечении в хирургическом отделении 6-й ГКБ г. Минска с февраля 2009 года по февраль 2010 года. Все пациенты были обследованы амбулаторно с обязательным выполнением ультразвукового ангиосканирования сосудов нижних конечностей. У 128 (92,7%) пациентов варикозная болезнь находилась в стадии С2 - С4, у 10 (7,3%) - в стадии С5 по международной классификации СЕАР. Средний возраст больных составил 38,8 лет. Время от начала заболевания до обращения в стационар составляло, в среднем, 6 лет. У 124 пациентов (89,9%) выполнена кроссэктомия с ЭВЛК БПВ, которая дополнялась иссечением притоков БПВ на бедре и голени по Нарату. В 14 случаях (10,1%) выполнена кроссэктомия и ЭВЛК большой подкожной вены. У 9 (6,5%) пациентов во время выполнения ЭВЛК добавочных подкожных вен применялось введение 0,25% раствора новокаина по ходу коагулируемой вены с целью создания "водной подушки". Эндовенозная лазерная коагуляция выполнялась лазерным аппаратом отечественного производства "Фотэк 50-4 ЛК" с длиной волны 1,064 и 1,32 мкм. Методом ЭВЛК обрабатывались как магистральные стволы большой подкожной вены (БПВ), так и добавочные и боковые ветви. Обязательным компонентом каждого оперативного вмешательства являлось пересечение большой подкожной вены у места впадения её в бедренную вену. Режим воздействия определяется двумя факторами: мощностью излучения (20 - 30 Вт) и скоростью извлечения световода из вены, которая в верхней и средней трети бедра составляла 0,5 см в секунду, а в области нижней трети бедра, коленного сустава и на голени скорость увеличивалась до 1 см в секунду. Боковые ветви на бедре, голени и стопе коагулировались как из минидоступов, так и путём чрескожной пункции.

Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения имели место у 6 (4,3%) пациентов и проявлялись точечными (2-4 мм) ожогами кожи в проекции коагулируемых вен. У 52 (37,7%) пациентов имели место легкая гиперемия, отечность и незначительная болезненность по ходу облитерированной вены, которые проходили на 2-4 сутки после операции. Ни у одного из прооперированных больных не отмечалось таких осложнений, как: обширные гематомы, выраженный болевой синдром, тромбоз или тромбоз флебит глубоких или подкожных вен. Состояние всех больных после комбинированной флебэктомии с применением ЭВЛК позволяло переводить их на амбулаторное лечение на 3-4 сутки после операции. Существенных преимуществ от введения 0,25% раствора новокаина по ходу коагулируемой вены с целью создания "водной подушки" при подкожном расположении вен не давало никаких преимуществ во время операции, а в послеоперационном периоде у этих больных имела место локальная гиперпигментация кожи, которая самопроизвольно ликвидировалась к 8-10 суткам после операции.

Выводы. ЭВЛК при варикозной болезни вен нижних конечностей имеет клинические преимущества и обладает меньшей травматичностью по сравнению с традиционной комбинированной флебэктомией. Использование оптимальных параметров эндовенозной лазерной коагуляции исключает повреждение паравазальных тканей и, тем самым, предотвращает развитие послеоперационных осложнений. ЭВЛК облегчает течение ближайшего послеоперационного периода, снижает сроки пребывания больных в стационаре и сроки временной нетрудоспособности.

Литература:

1. Эндовазальная лазерная облитерация большой подкожной вены при варикозной болезни / В. Ю. Богачев [и др.] // *Ангиология и сосуд. хирургия.* - 2004. - № 10. - С. 93-100.
2. Соколов, А. Л. Эндовенозная лазерная коагуляция в лечении варикозной болезни / А. Л. Соколов, К. В. Лядов, Ю. М. Стойко. - М.: Медпрактика-М, 2007. - 220 с.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Скуратов А.Г., Пилькевич С.А., Шпаковский Ю.П.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
УЗ "Гомельская городская клиническая больница №3",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Одним из основных патогенетических механизмов развития варикозной болезни и трофических расстройств является недостаточность перфорантных вен. Поэтому устранение патологического горизонтального рефлюкса является важным этапом хирургического пособия [1]. Для этой цели были предложены разнообразные методики: операции Линтона, Фелдера и др. Однако данные вмешательства сопровождаются высокой травматичностью, длительным периодом

госпитализации и реабилитации больных. В 1985 году Науер разработал и внедрил эндоскопическую субфасциальную диссекцию перфорантных вен (ЭСДПВ) [2].

Цель. Внедрить в клиническую практику и оценить эффективность эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен в комплексном лечении варикозной болезни нижних конечностей.

Материал и методы. С марта 2006 года на базе Центра малоинвазивной и реконструктивной хирургии Гомельской городской клинической больницы №3 выполнено 38 ЭСДПВ по поводу хронической венозной недостаточности на фоне варикозной болезни нижних конечностей. Средний возраст пациентов составил 45,4 года (от 31 до 70 лет), мужчин было 13, женщин - 25. Длительность заболевания от 3 до 40 лет. Предоперационная диагностика включала ультрасонографию венозной системы нижних конечностей с целью оценки проходимости глубоких вен и их клапанов, состояния сафено-фemorального и сафено-попliteального соустьев и рефлюкса в большую подкожную вену (БПВ) и малую подкожную вену (МПВ), выявления и маркировки несостоятельных перфорантных вен. У 27 больных имели место выраженные трофические нарушения кожи голени (СЕАР: С4-6), из них у 5 пациентов имелись открытые трофические язвы. В 5 случаях ЭСДПВ выполнено изолировано, в 33 - выполнено комбинированное вмешательство: кроссэктомия, ЭСДПВ, стриппинг или эндовенозная лазерная коагуляция (в 2 случаях) большой подкожной вены и минифлебэктомия варикозно измененных притоков.

Техника операции: ЭСДПВ выполняли через кожный разрез длиной до 3 см ниже коленного сустава по медиальной поверхности в/3 голени, который использовался для стриппинга БПВ. Рассекали собственную фасцию и в субфасциальное пространство вводили тубус-ретрактор с двумя 5-мм каналами для оптики и манипулятора. Эндоскоп под видеоконтролем продвигали по направлению к маркированной несостоятельной перфорантной вене, осторожно раздвигая ткани. С помощью диссектора выделяли перфорантные вены. При их диаметре до 5 мм производили биполярную коагуляцию и пересечение, при диаметре перфоранта более 5 мм - вену клипировали и пересекали. Мы использовали "безгазовую" методику, инфуляцию газа производили лишь для удаления дыма при коагуляции сосуда. В ходе операции производили диссекцию от 3 до 7 перфорантных вен. Заканчивая данный этап операции, производили ревизию субфасциального пространства для контроля гемостаза. Продолжительность эндоскопического этапа составляла 15-45 минут. Послеоперационная компрессионная терапия проводилась в течение 2 месяцев.

Результаты и обсуждение. Послеоперационный период после ЭСДПВ протекал благоприятно. Болевой синдром характеризовался как легкий (1-3 балла по 10-балльной визуально-аналоговой шкале), боль локализовалась в области ран. У 3 пациентов (7,8%) наблюдали ограниченные подкожные гематомы на голени, не требующие повторных вмешательств. В двух случаях нами отмечено расстройство чувствительности в зоне подкожного нерва. У одного пациента до 1 месяца сохранялся умеренный отек голени. Больные выписаны на амбулаторное лечение на 4-7 сутки. Через 8 недель

после операции трофические язвы зажили у 3 из 5 пациентов, у 2 имелась тенденция к заживлению. Прогрессирования заболевания не наблюдалось.

Выводы.

1) Проведенные исследования указывают на высокую эффективность и малую травматичность ЭСДПВ у больных с трофическими нарушениями на почве варикозной болезни нижних конечностей.

2) Несмотря на высокую стоимость и относительную трудоемкость процедуры, ее эффективность, патогенетическая обоснованность и экономическая целесообразность в комбинированной хирургии варикозной болезни являются очевидными.

Литература:

1. *Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. - М: Медицина, 2001. - 664 с.*
2. *Nelzen, O. Prospective study of safety, patient satisfaction and leg ulcer healing following saphenous and subfascial endoscopic perforator surgery / O. Nelzen // Br. J. Surg. - 2000. - N 87. - P. 86-91.*

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Старосветская И.С.

*ГУ РКМЦ УД Президента РБ
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Внедрение современных высокотехнологичных и малотравматичных методов позволяет перевести в большинстве случаев лечение варикозной болезни на амбулаторный уровень, что диктуется прежде всего экономическими требованиями.

Цель. Оценить возможности амбулаторного хирургического лечения варикозной болезни в условиях современного операционного блока поликлиники.

Материал и методы. В основу сообщения положены клинические наблюдения 846 пациентов за период с 2000г. Нами выделены основные требования по вопросу организации операционного блока в условиях поликлиники для оказания высококвалифицированной помощи пациентам с варикозной болезнью. В первую очередь, наличие современной высокотехнологичной аппаратуры, медицинских инструментов, достаточного анестезиологического пособия, послеоперационной палаты для краткосрочного наблюдения за пациентом, подготовленного медперсонала. Важным моментом является наличие рядом расположенного хирургического стационара, чтобы в случае развития осложнения пациент мог быть госпитализирован.

В нашем учреждении на протяжении ряда лет (с 2004 г.) до 80-85% операций по поводу варикозной болезни выполняется амбулаторно.

Более, чем в 95% случаев оперативные вмешательства выполняются под местной анестезией. Менее 5% пациентов прооперировано под в/венным наркозом и перидуральной анестезией.

Основные принципы подхода к выбору метода

оперативного вмешательства при варикозной болезни и ее рецидивах в условиях поликлиники: лечение должно быть максимально радикальным и оптимально малотравматичным и малоинвазивным, не требующим обезболивания в послеоперационном периоде, с выраженным косметическим эффектом, а также - с минимальной временной нетрудоспособностью или без потери трудоспособности.

Ультразвуковое дуплексное сканирование на сегодняшний день является обязательным как в предоперационном обследовании пациентов, так и во время операции для визуального контроля и топической диагностики заинтересованных зон.

Метод криофлебэкстракции как самостоятельный при лечении варикозной болезни применен в 465 случаях, при рецидивах варикозной болезни - у 183 пациентов; повторно хирургическая коррекция за период наблюдения была произведена в 19 случаях, из них - в 7 случаях выполнена эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) БПВ в сроки 4 - 8 лет после криофлебэкстракции, в 6 случаях коррекция рецидива произведена повторной криофлебэкстракцией, в 6 случаях выполнена склеролитерация раствором этоксисклерола.

С 2007 г. нами стала широко применяться современная технология - ЭВЛК варикозно измененных венозных стволов с помощью диодного лазерного аппарата "Медилаз-Д" ("Дорнье" Германия). Коагуляция БПВ (МПВ) производится высокоэнергетическим лазером с длиной волны 0,94 мкм мощностью 25-15 Вт в импульсном режиме. Всего выполнено 156 ЭВЛК как метода ликвидации вертикального венозного сброса по БПВ (МПВ). В 33 случаях операция дополнена кроссэктомией (диаметр БПВ у устья свыше 1,2 см в ортостазе). С 2009 г. оперативное лечение в большинстве случаев (С2-С4 по СЕАР) выполняется без рассечения тканей: пункция и катетеризация венозного ствола в в/3 или н/3 голени с последующим проведением световода 600,0 до СФС осуществляется под ультразвуковым контролем, что позволяет с высокой точностью расположить световод в сафене по отношению к соустью и т.о., с одной стороны, избежать термического повреждения стенки бедренной вены, с другой стороны, уменьшить вероятность рецидива варикозной болезни, связанного с оставлением длинной культи БПВ.

Операция заканчивается удалением мелких венозных стволов, несостоятельных перфорантных вен через отдельные проколы кожи крючками Варади (по Мюллеру) или криофлебэкстрактором под контролем ультразвука. С целью сокращения времени операции и время до создания эластической компрессии по ходу коагулированных стволов, "склерохирургическая" коррекция оставшихся варикозно измененных вен 1% или 3% р-ром этоксисклерола (foam-form) выполняется через 3-4 недели после основного хирургического вмешательства.

Результаты и обсуждение. Внедрение хирургического лазера в лечение варикозной болезни в сочетании с УЗ-диагностикой при организации адекватной амбулаторной хирургической службы позволяет широко и осмысленно проводить хирургическую коррекцию данного заболевания от начальных ее проявлений до развития осложнений без госпитализации. Применение одного

метода лечения или комбинация 2-3-х малоинвазивных и малотравматичных методик должно основываться на особенностях венозной патологии у каждого пациента индивидуально. Хирургическое лечение варикозной болезни на амбулаторном уровне и снижение временной нетрудоспособности в послеоперационном периоде в 2-3 и более раза дает высокий экономический эффект.

ДАБИГАТРАН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА

Суковатых Б.С., Савчук О.Ф.
Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Российская Федерация

Актуальность. На прошедшем в 2009 году международном конгрессе флебологов были рекомендованы к внедрению в клиническую практику новые генерации антитромботических препаратов. Сотрудники клиники приняли участие в международном исследовании RECOVER по изучению эффективности и безопасности дабигатрана этексилата. Данный препарат является ингибитором IIa фактора. После приема внутрь он специфически ингибирует тромбин, находящийся не только в плазме, но и встроенный в тромб. В качестве препарата сравнения использован варфарин.

Цель. Провести сравнительную оценку эффективности и безопасности дабигатрана этексилата при лечении больных венозным тромбоэмболизмом.

Материал и методы. Нами проведен анализ комплексного обследования и лечения 55 больных венозным тромбоэмболизмом, находившихся на лечении в сосудистом отделении МУЗ ГКБ СМП г. Курска в 2006-2009 гг. Мужчин было 41 (74,5%), женщин - 14 (25,5%). Возраст больных колебался от 18 до 88 лет и составлял в среднем $54,2 \pm 2$ года. Средняя длительность заболевания до момента поступления составила $5,6 \pm 2,7$ суток. При поступлении больным выполнялись рутинные клинические и биохимические анализы крови и мочи и ультразвуковое ангиосканирование венозной системы нижних конечностей на аппаратах "Алоса-630" (Япония), "Ultra-mark 9" (США). Во время исследования определяли локализацию и протяженность тромбоза, характер проксимальной части тромба (флотирующей или нефлотирующей), выявляли бессимптомно протекающий тромбоз в других сосудистых бассейнах. Для исключения симптомной и асимптомной ТЭЛА всем больным при поступлении выполняли спиральную компьютерную томографию легких, а при подтверждении диагноза ТЭЛА производили УЗИ сердца. По технологии проведения антикоагулянтной терапии больные были разделены на две статистически однородные группы методом случайной выборки. В первую (контрольную) группу вошли 30 больных, которым терапия проводилась следующим образом: 7-дневная стартовая терапия гепарином в сочетании с 6-месячным лечением варфарином по общепринятой технологии [1]. Вторую (основную) группу составили 25 пациентов, которым стартовая терапия выполнялась по аналогичной схеме, но вместо варфарина

больные получали дабигатран этексилат по 150 мг 2 раза в день через рот. Прием дабигатрана не требовал коррекции дозы, так как его фармакологическое действие характеризуется стабильностью.

Результаты и обсуждение. По данным ультразвукового ангиосканирования, вероятность развития ТЭЛА обнаружена у 3 (5,5%) больных с распространенным характером тромботического процесса. Флотирующий тромб находился в бедренной вене. Во всех случаях длина свободной части тромба не превышала 4 см. В течение первых трех суток после начала антикоагулянтной терапии верхушка тромба фиксировалась к стенке вены, что подтверждено данными контрольных ультразвуковых исследований. При динамическом ультразвуковом контроле роста тромба в процессе лечения не зарегистрировано ни у одного больного. При спиральной компьютерной томографии легких в день поступления ТЭЛА выявлена у 6 (10,9%) больных по три в каждой группе. Рецидив заболевания (обнаружение тромба в других, ранее не вовлеченных в тромботический процесс венах с развитием ТЭЛА) обнаружен у 1 (4%) больного основной группы. Различные осложнения антикоагулянтной терапии зарегистрированы у 10 (18,2%) больных. Наиболее часто нежелательные эффекты проявлялись развитием внутренних кровотечений, которые обнаружены у 8 (14,5%) пациентов поровну в обеих группах. При этом в 7 (12,8%) случаях они не были клинически значимыми (не требовали госпитализации и проведения коагулянтной терапии), а устранялись путем коррекции дозы антикоагулянта. Лишь у 1 (1,8%) больного во время приема варфарина развилось массивное кровотечение из острой язвы желудка, и антикоагулянтная терапия была прекращена. У 2 (3,8%) пациентов по одному в каждой группе в процессе лечения выявлено стойкое повышение уровня печеночных проб (АЛТ, АСТ) более, чем в 3 раза, и этим пациентам антикоагулянтная терапия была прекращена.

Выводы. У больных венозным тромбоэмболизмом дабигатран этексилат в дозах 150 мг 2 раза в день в течение 6 месяцев эффективно предупреждает рост тромба, рецидив заболевания и ускоряет процессы реканализации тромбированных вен. Терапия дабигатран этексилатом не требует подбора дозы, контроля за состоянием гемостаза, не повышает уровень специфических осложнений и может применяться в широкой клинической практике.

Литература:

1. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. - М.: Медицина, 2001. - 664 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Сушков С.А., Небылицин Ю.С.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Лечение пациентов с венозными

трофическими язвами нижних конечностей продолжает оставаться одной из актуальнейших проблем сосудистой хирургии [1, 2]. Это диктует необходимость поиска новых методов лечения данного заболевания.

В связи с этим представляется актуальным изучение эффективности применения раневых покрытий отечественного производства (Радмедтех, РБ) у пациентов с трофическими язвами венозной этиологии.

Цель. Оценка эффективности использования современных раневых покрытий в комплексном лечении пациентов с трофическими язвами венозной этиологии.

Материал и методы. В исследование включены 50 пациентов (мужчин - 28, женщин - 22) с пациентами ХВН III ст., которые находились на лечении в УЗ "Вторая Витебская областная клиническая больница" в период 2008 - 2010 гг. Средний возраст пациентов варьировал от 23 до 83 лет и составлял $52,6 \pm 12,2$ года ($M \pm$). Длительность существования язвы колебалась в пределах от 1 месяца до 20 лет. Длительность язвенного анамнеза в обеих группах - $12,1 \pm 2,1$ месяцев, площадь язвенного дефекта в основной группе - $10,7 \pm 3,4$ см², в контрольной - $10,3 \pm 3,7$ см². ($M \pm$).

В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на две клинические группы. Рандомизация проводилась методом "конвертов". Первую (контрольную) группу составили 30 пациентов, которым применялась стандартная схема лечения: влажно-высыхающие марлевые повязки с мазями на гидрофильной основе (левосин, левомеколь) и растворами антисептиков (хлоргексидин, фурациллин); эластическая компрессия, компрессионная терапия с использованием эластических бинтов и современного компрессионного трикотажа - Relaxsan; медикаментозное воздействие на венозный тонус, микроциркуляцию, лимфатический отток. Перевязки пациентам контрольной группы проводили ежедневно.

Вторую группу составили 20 пациентов, которым в комплексную схему лечения были включены раневые покрытия. Выбор покрытия зависел от клинической ситуации. При наличии на язвенной поверхности наложенной фибрина или местной воспалительной реакции в виде целлюлита применяли повязку медицинскую D2 антимикробную (50×70 мм) (сорбент микробных тел). После полного очищения язвы и при наличии хороших грануляций использовали гидрогелевое перевязочное средство ВАП-гель (60×120 мм). Перевязки выполнялись один раз в сутки.

Результаты и обсуждение. Применение раневых покрытий в группе №2 способствовало снижению микробной контаминации на 12% по сравнению с показателями в группе №1. Это было подтверждено результатами бактериологического исследования, по данным которого у 25% больных степень микробной обсемененности поверхности язвы снизилась с 10^6 до 10^{3-4} КОЕ/МЛ. В 30 % случаях произошло изменение микрофлоры на условно-патогенную и сапрофитную, у 40% пациентов посев в процессе лечения стал стерильным.

Эффективность применения раневых покрытий была подтверждена цитологическим исследованием мазков-отпечатков с язвенной поверхности: уменьшением количества нейтрофилов на 40%, повышением уровня макрофагов с 2 до 10% клеток в поле зрения и появлением

эндотелиальных клеток.

При оценке клинической эффективности применения раневых покрытий путем бальной оценки симптомов наблюдалось достоверное снижение интенсивности клинических проявлений ($p < 0,05$). Раневые покрытия хорошо переносились больными. Побочных эффектов не наблюдалось ни в одном случае. Отмечено удобство применения покрытий, безболезненность смены повязки.

Выводы:

1. Применение раневых покрытий способствует более быстрому, по сравнению со стандартным лечением, регрессу клинических симптомов и закрытию венозных трофических язв.

2. В первую фазу раневого процесса с целью бактериальной элиминации и профилактики вторичной микробной контаминации трофической язвы целесообразно применение адсорбирующих раневых покрытий. Для защиты грануляций и неопителлия необходимо использовать гидрогелевое покрытие ВАП-гель.

3. Включение раневых покрытий в схему комплексного лечения позволяет улучшить результаты лечения у больных с трофическими язвами венозной этиологии.

Литература:

1. *Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей как общемедицинская проблема* / В. С. Савельев [и др.] // *Consilium medicum*. - 2004. - Т. 6, № 6. - С. 433-436.

2. *Васютков, В. Я. Венозные трофические язвы нижних конечностей* / В. Я. Васютков, В. Ю. Богачев // *Рус. мед. журн. [Электронный ресурс]*. - 1999. - № 13. - Режим доступа: www.rmj.ru/main.htm / *rmj/ t7/ n13/ 616*. - Дата доступа: 10.06.2007.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Сушков С.А., Павлов А.Г.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Венозные трофические язвы встречаются у 0,2-3% населения стран Европы и Северной Америки [1, 2], а частота других трофических нарушений достигает 10-15% [3]. Для лечения пациентов с венозными трофическими нарушениями предложен большой арсенал современных оперативных методик - эндоскопическая диссекция перфорантных вен (ЭСДПВ), криодеструкция, лазерная и радиочастотная абляция перфорантных вен, различные варианты склеротерапии, которые используются в различных комбинациях, в сочетании с компрессионной и медикаментозной терапией [1, 2, 3]. В то же время до сих пор не выработана оптимальная схема оказания хирургической помощи пациентам с трофическими расстройствами венозного генеза.

Цель. Оценить результаты применения эндоскопической диссекции перфорантных вен у пациентов с

Таблица.

Вид операции	Варикозная болезнь	ПТФС	Врождённая гипоплазия
Изолированная ЭСДПВ в медиальном и/или переднем ложе	25	13	1
ЭСДПВ + флебэктомия (и/или аутовенозная окклюзия ствола VSM на голени)	37	-	-
ЭСДПВ + флебэктомия + РЗВ (ДОЗВ)	31	-	-

трофическими нарушениями венозного генеза.

Материал и методы. Проведена оценка бли-жайших результатов лечения 105 (107 конечностей) пациентов с венозными трофическими расстройствами, оперированных в хирургическом стационаре “Второй Витебской областной клинической больницы” в период с октября 2007 по май 2010 гг. Указанную группу пациентов составили 46 мужчин и 59 женщин. У 91 пациента венозная недостаточность была обусловлена варикозной болезнью (в том числе в 5 случаях рецидив после проведенного ранее оперативного лечения), у 13 посттромбофлебитическим синдромом (ПТФС), у одного пациента - врождённой гипоплазией бедренной вены. Возраст пациентов варьировал от 27 до 68 лет, а выраженность трофических нарушений от липодерматосклероза (С4 - 51 случай, 47,6%), до заживших (С5 - 28, 26,2%) и открытых трофических язв (С6 - 28, 26,2%). Всем пациентам в предоперационном периоде проведено клиническое и инструментальное обследование (ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с дифференцированной маркировкой состоятельных и несостоятельных перфорантов, флебография с оценкой проходимости и состояния клапанного аппарата глубоких вен).

Результаты и обсуждение. В своей практике мы руководствовались принципом максимально полной и наиболее безопасной коррекцией нарушений патологического кровотока в венозной системе нижней конечности. При лечении пациентов с ПТФС выполнялась коррекция только горизонтального рефлюкса по несостоятельным перфорантам медиального и переднего миофасциального ложа голени. При лечении пациентов с варикозной болезнью в обязательном порядке выполнялась коррекция вертикального рефлюкса по несостоятельным поверхностным и глубоким венам. Для устранения несостоятельных перфорантных вен во всех случаях использована газовая троакарная методика эндоскопической диссекции перфорантных вен в переднем и медиальном миофасциальных ложах голени. Коррекцию вертикального рефлюкса по поверхностным венам производили при помощи флебэктомии и, в случае выраженных трофических изменений, аутовенозной окклюзии ствола большой подкожной вены на голени, коррекцию функции мышечной помпы голени при недостаточности клапанов глубоких вен проводили при помощи резекции (РЗВ) или дистанционной окклюзии (ДОЗВ) задних большеберцовых вен.

Показанием для выполнения ЭСДПВ у пациентов с посттромбофлебитическим синдромом считали рецидивирующие или незаживающие трофические язвы при наличии несостоятельных перфорантов в зоне трофических нарушений и при условии реканализации проксимального венозного сегмента более 50%.

У пациентов с варикозной болезнью при наличии выраженной сопутствующей патологии (ожирение, забо-

левания сердечно сосудистой системы) и распространённых трофических нарушений оперативное лечение выполняли в 2 этапа: сначала ЭСДПВ, а затем через 3-6 месяцев операция по коррекции вертикального рефлюкса.

Варианты оперативных вмешательств представлены в таблице.

В 11 случаях коррекция венозной гемодинамики была дополнена выполнением аутодермопластики. Пятерым пациентам с варикозной болезнью после проведенной ЭСДПВ в сроки от 3-х до 15 месяцев после вмешательства был выполнен второй этап оперативного лечения, остальным назначены сроки госпитализации.

Осложнения в виде нарушения кожной чувствительности в области медиальной лодыжки и медиальной поверхности стопы в послеоперационном периоде отмечены у 3-х пациентов, в одном случае возникло лимфоцеле медиального миофасциального ложа голени, краевые некрозы в области послеоперационных ран в зоне трофических нарушений отмечены у 2-х пациентов. Нагноения послеоперационных ран отмечено не было. Все пациенты выписаны с закрытыми трофическими язвами. Не удалось добиться закрытия язвы лишь у пациента с врождённой гипоплазией бедренной вены.

Всего осложнения выявлены в 5,6% случаев. У одного пациента через 7 месяцев после оперативного вмешательства возник тромбоз подколенной вены, который, по нашему мнению, не связан с проведенным лечением.

Выводы. Применение описанного подхода позволяет с малой частотой осложнений проводить оперативное лечение пациентов с самыми тяжёлыми формами хронической венозной недостаточности.

Использование этапного подхода к проведению оперативного лечения позволяет с малым риском устранить проявления хронической венозной недостаточности у пациентов с выраженной сопутствующей патологией.

Литература:

1. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. - М.: Медицина, 2001. - 664 с.
2. Гришин, И. Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И. Н. Гришин, В. Н. Подгайский, И. С. Старосветская. - Мн.: Выш. шк., 2005. - 253 с.
3. *The Fundamentals of Phlebology: Venous Disease for Clinicians* / ed. H. S. Fronck; American College of Phlebology, 2008. - 98 p.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Третьяк С.И., Баранов Е.В., Авдевич Д.А.,
Буравский А.В., Сахаб Хайдар А., Тризно Г.Н.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
УЗ "Городская клиническая больница скорой
медицинской помощи",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. По данным ВОЗ, качество жизни (КЖ) представляет собой интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии.

В настоящее время для оценки КЖ пациентов применяют общие и специфические опросники, базирующиеся на принципах доказательной медицины и соответствующие стандартам и требованиям GCP (Good Clinical Practice).

Цель. Сравнить качество жизни у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей (ТЯНК) венозной этиологии со средними значениями показателей качества жизни на территории стран СНГ по шкалам опросника SF-36 v.2tm [1].

Материал и методы. В период с 2006 по 2009 гг. нами было проведено ретроспективное исследование историй болезни 359 пациентов с ТЯНК различной этиологии проходивших лечение на базе отделения гнойной хирургии 9 ГКБ г. Минска. У 215 наличие ТЯ были связаны с хронической венозной недостаточностью (ХВН) (125 пациентов) и посттромбофлебитическим синдромом (ПТФС) (90 пациентов). Средний возраст пациентов составил $Me=56$ (51-71) лет. Всем больным был разослан опросник SF-36 v.2tm.

Учитывая тот факт, что частота рецидивов трофических язв и длительность промежутков времени, на протяжении которого язва ни разу не закрывалась (безуспешный период лечения) в хирургической практике составляет серьезную проблему, для объективности оценки результатов лечения было предпринято исследование качества жизни больных с позиции именно пациента. Оценка результатов в обеих группах была проведена с использованием русифицированной версии опросника оценки качества жизни. Сравнение проводили с имеющимися данными о качестве жизни из референтной базы популяционных значений стандартизованных показателей опросника SF-36 v.2tm [2]. Данные были обработаны с использованием пакета программ Statistica 6.0 для Windows.

Результаты и обсуждение. Из высланных по почте каждому из пациентов к нам вернулась в правильно заполненном виде 32% анкет. Было выявлено снижение качества жизни у всех пациентов, страдающих ТЯНК венозной этиологии по всем разделам опросника, особенно показателя ролевого физического функционирования (RP-Role Physical) $Me(25\%-75\%) = 0$ (0-75) при средних значениях $Me(25\%-75\%) = 49$ (37,3-60,9), что свидетельствовало о том, что повседневная деятельность резко

ограничена физическим состоянием здоровья. Также отмечалось значительное снижение показателя ролевого эмоционального функционирования (RE-Role Emotional): $Me(25\%-75\%) = 33$ (0-100) при средних значениях $Me(25\%-75\%) = 52,25$ (43,58-58,6). Сравнительная оценка этого показателя указывало, что эмоциональное состояние так же ограничивает повседневную активность пациента. В то же время показатель социального функционирования (SF - Social Functioning) был равен $Me(25\%-75\%) = 62,5$ (37,5-100) и несколько выше среднепопуляционных $Me(25\%-75\%) = 52,27$ (41,6-57,61), что указывало на относительную удовлетворенность уровнем социальной активности самими пациентами.

Таким образом, 30-67 % опрошенных пациентов становятся инвалидами или на длительное время теряют трудоспособность, у 81% больных имеется снижение качества жизни, которое проявляется постоянными или периодически возникающими болевыми ощущениями, ограничением подвижности, органическими и косметическими нарушениями, приводит к глубокой душевной подавленности, а нередко и к расстройству психики больных. Однако отмечается парадоксальная удовлетворенность уровнем социальной активности при низких показателях физического и эмоционального компонентов здоровья.

Литература:

1. *Sf-36 Health Survey. Manuel and interpretation Guide, Lincoln / J. E. Ware [et al.]. - RI: Quality Metric Incorporated, 2000. - 150 p.*
2. *Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни "МИРАЖ") / В. Н. Амирджанова [и др.] // Науч.-практ. ревматол. -2008. - № 1. - С. 36-48.*

СТРУКТУРА И ПОСЛЕДСТВИЯ ТРОМБОЗА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Цховребов Е.Е. Баешко А.А.
УЗ "Могилевская областная больница",
г. Могилев, Республика Беларусь,
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Острые тромбозы нижней поллой вены (НПВ)- опасное заболевание с различными клиническими проявлениями и угрозой развития тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). В связи со сложностью диагностики и лечения данная патология заслуживает отдельного внимания. Мы не нашли работ, посвященных клиническим проявлениям, диагностике, лечению тромбоза НПВ, затрагивающих развитие осложнений и последствия данной патологии. Приводимые в литературе данные рассматривают лишь единичные случаи заболевания, либо ограничиваются только теоретическим описанием отдельных аспектов этой проблемы, основываясь на анализе небольшого числа наблюдений. Проанализи-

ровав результаты собственного исследования, а также отечественные и зарубежные литературные источники, мы попытались осветить некоторые аспекты данной проблемы на современном этапе.

Цель. Изучение клинических проявлений, диагностических аспектов, структуры, осложнений и последствий тромбоза НПВ, проведение анализа и сравнения полученных данных с данными литературы.

Материал и методы. В основу работы положены данные 52 пациентов (37 муж. и 15 жен.) в возрасте от 17 до 73 лет (ср. 45,6 лет) с тромбозом НПВ, находившихся на лечении в стационарах г. Минска за период с 1998 по 2006 гг. Определение уровня, характера тромбоза, причины его вызвавшей и диагностика осложнений осуществлялись с помощью: дуплексного сканирования, флебографии, СКТ-ангиографии, ангиопульмонографии и эхокардиографии. Лечение заключалось в применении антикоагулянтов; у 6 больных выполнена тромбэктомия, у 4 больных - пликация НПВ, 3 - имплантированы кава-фильтры.

Результаты и обсуждение. Установлено, что частота тромбоза НПВ среди всех больных с симптомным тромбозом глубоких вен составила 7,3%. В большинстве наблюдений причиной тромбоза НПВ был распространенный илиофemorальный флеботромбоз - 18 пациентов (34,6%), у 5 из них (27,8%) тромбоз был верифицирован как посттравматический (травмы позвоночника, тупая травма живота). Почечно-клеточный рак с опухолевой обструкцией ретропеченочного сегмента НПВ и в 1 случае с распространением в правое предсердие как причина тромбоза диагностирован у 7 больных (13,5%). Тромбоз НПВ после установки кава-фильтра либо пликации НПВ наблюдался в 7 случаях (13,5%). Врожденные аномалии НПВ (гипо - либо аплазия) имели место в 6 наблюдениях (11,5%). Экстравазальная компрессия НПВ экзостозом, панкреатической кистой выявлена у 3 больных (5,8%). У 2 больных развился первичный посттравматический тромбоз НПВ и 2 (3,8%) тромбоза НПВ были идиопатическими. В зависимости от распространенности процесса: инфраренальный сегмент был поражен у 30 пациентов, инфраренальный и ренальный - 10 случаев, ретропеченочный - 9 и тотальный тромбоз НПВ был у 3 пациентов.

У 25 (48%) пациентов заболевание манифестировало клиникой синдрома НПВ (отмечался двусторонний отек ног и варикозное расширение вен передней брюшной стенки). В течение 1 - 4 лет после госпитализации у 6 (11,5%) пациентов развились трофические язвы нижних конечностей. ТЭЛА развилась у 18 пациентов (34,6%). Умерло 6 человек (13,5%).

Выводы. Тромбоз НПВ является сложным для диагностики и лечения. Менее половины пациентов имели правильный диагноз перед проведением специальных методов исследования [1,2]. Ранняя диагностика и правильный выбор тактики лечения, в зависимости от этиологии, являются неперемненными условиями благоприятного исхода и предупреждения тяжелых осложнений данной патологии как ТЭЛА, так и ХВН. СКТ-флебография - точный неинвазивный метод, позволяющий идентифицировать анатомические аномалии и экстравазальные причины, способствующие образованию венозных тромбов, распространяющихся на НПВ. Значительная доля пациентов (21,1%) с тромбозом

НПВ после эндоваскулярной либо хирургической профилактики ТЭЛА заставляет сузить показания к имплантации кава-фильтров и отказаться от устаревшей методики кавапликации.

Литература:

1. *The clinical implications of acute thrombosis of the inferior vena cava / S. P. Farber [et al.] // Surg. Gynecol. Obstet. - 1984. - Vol. 158, N 2. - P. 141-144.*

2. *Accuracy of clinical assessment of deep-vein thrombosis/ P. S. Wells [et al.] // Lancet. - 1995. - Vol. 345. - P.1326-1330.*

ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ХВН

Чур С.Н., Чур Н.Н., Шкурин С.В.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
УЗ "МОКБ",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Образовавшиеся трофические язвы (ТЯ) при варикозной болезни (ВБ) и постфлебитическом синдроме (ПФС) практически ничем не отличаются с точки зрения патологической анатомии. Принципиальных отличий в патогенезе развития язв на сегодняшний день не существует. Однако следует отметить, что среди больных с первичным варикозным расширением вен язвы возникают примерно у 4-5%. Совершенно иная картина у больных, перенесших флеботромбоз, даже однократный, любого сегмента венозной системы нижних конечностей. По данным различных авторов, а также наших личных наблюдений, частота образования язв среди этой группы пациентов колеблется в пределах 25% [1, 2, 3]. И совершенно необязательно поражение вен на всем протяжении нижней конечности. К примеру, достаточно бывает одного бедренно-подколенного сегмента. Другой особенностью язв являются сроки их формирования. Как правило, при ВБ этот процесс протекает медленно и может длиться годами, а при ПФС он может быть стремительным и завершиться образованием язв буквально за несколько месяцев.

Цель. Совершенствование малоинвазивных методов лечения ТЯ при хронической венозной недостаточности (ХВН).

Материал и методы. Базируясь на клинической классификации, СЕАР ТЯ соответствуют 5-6 стадиям. То есть, это пациенты с кожными изменениями (гиперпигментация, липодерматосклероз), на фоне которых имеются зажившие или активные язвы. В гнойном хирургическом отделении клиники БелМАПО на базе Минской областной клинической больницы, начиная с конца 2005 года по настоящее время, при лечении пациентов с ТЯ, применяется лазерная коагуляция подкожных и перфорантных вен. В объеме оперативного вмешательства входили: кроссэктомия с эндоваскулярной лазерной коагуляцией (ЭВЛК) притоков культы большой подкожной вены (БПВ); ЭВЛК БПВ; ЭВЛК малой подкожной вены (по показаниям); лазерная коагуляция (ЛК) боковых

расширенных ветвей магистральных вен; ЛК несостоятельных перфорантных на голени и бедре; аутодерматомная пластика язвенного дефекта (при необходимости). В 9 случаях (2,9%) из-за большого просвета БПВ - более 1,5 см в диаметре - удалялась по Бэбкокку.

Особое внимание уделялось подготовке раневых поверхностей к оперативному вмешательству. Консервативная терапия в предоперационном периоде строго зависела от фазы раневого процесса. В фазу пролиферации для ускорения роста соединительной ткани целесообразно было применение гиалуроната цинка (Куриозин®). Основные компоненты препарата обладают несколькими свойствами. С одной стороны, гиалуроновая кислота является основным структурным компонентом соединительной ткани, а ионизированный цинк, с другой, - активное антисептическое средство. Обязательным было назначение физиотерапевтического лечения в зависимости от фазы раневого процесса.

Всего нами оперировано 305 больных с трофическими нарушениями, обусловленных ХВН. Из них 137 мужчин и 168 женщин, с применением лазерных технологий. Причинами трофических нарушений была ХВН, обусловленная как постфлебитическим синдромом, так и варикозной болезнью, частота которых составила соответственно 28,2% и 71,8%. Возраст пациентов - от 24 до 76 лет. Все больные с трофическими нарушениями разделены на 2 категории: с зажившими ТЯ и активными. Размеры и локализация язв была различной: от 3-5 см в диаметре до гигантских (циркулярных). При площади до 5 см² аутодермопластика не выполнялась. При размерах ТЯ более 100 см² и циркулярных оперировано 34 пациента с применением лазерных технологий и одномоментной пластикой. В 8 случаях одномоментно выполнялись операции на обеих конечностях. Обезболивание - спинномозговая (89,2%) или проводниковая анестезия. Противопоказаний к операциям практически не было. До операции все пациенты проходили стандартное обследование с обязательным выполнением ультразвукового исследования венозной системы, при котором производилось маркирование несостоятельных перфорантных вен. Диаметр их колебался от 2,5 до 6,1 мм.

Результаты и обсуждение. Средняя длительность лечения пациентов с пластикой язв составила 8,8 койко-дня, а без нее - 3,6. Отторжение кожного аутоотрансплантата отмечено у 6 пациентов. Послеожоговые некрозы кожи зафиксированы в 6 случаях. Нагноившиеся гематомы бедра выявлены у 3 пациентов, которые вскрывались в течение двух месяцев от операции. Накануне выписки, производились контрольные УЗИ. Всего было выявлено по одному некоагулированному несостоятельному перфоранту на голени у 12 пациентов с обширными ТЯ. Отдаленные результаты изучены у 82 пациентов в сроки от 1,5 до 2 лет. Выявлено наличие незаживших ТЯ у 4 (4,9%), восстановления кровотока по сегментам БПВ на бедре - 5, на голени 3, из них на всем протяжении - 4.

Выводы. Лазерные технологии позволили существенно снизить травматизацию мягких тканей, а это обусловило: сокращение послеоперационных осложнений и уменьшение продолжительности выполнения самой операции; снижение длительности пребывания больных в стационаре; улучшение вида конечности с косметической точки зрения в сравнении с традицион-

ными методами хирургического лечения.

Литература:

1. Гришин, И. Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И. Н. Гришин, В. Н. Подгайский, И. С. Старосветская. - Мн.: Высш. шк., 2005. - 253 с.
2. Основы клинической флебологии / под ред. Ю. Л. Шевченко [и др.]. - М. ОАО Изд-во "Медицина", 2005. - 312 с.
3. Чур, Н. Н. Трофические язвы нижних конечностей / Н. Н. Чур, И. Н. Гришин, С. Н. Чур. - Минск: Асобны, 2008. - 148 с.

ВКЛАД ВРОЖДЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ В ВЕЛИЧИНУ РИСКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

Шевела А.И., Егоров В.А., Севостьянова К.С., Новикова Я.В., Воронина Е.Н.

Центр новых медицинских технологий института химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, г. Новосибирск, Российская Федерация

Актуальность. С момента открытия врожденных тромбофилий роли генетических детерминант развития венозного тромбоза уделяется пристальное внимание. Фундаментальные исследователи и клиницисты активно изучают величину вклада генетического компонента в общий риск заболевания. Этот показатель отличается в различных популяциях; с появлением новых данных, включением в панель новых генов результаты значительно меняются. До сих пор не выработано единой тактики в отношении объема генетического обследования и мер лечения и профилактики венозных тромбозов [1].

Цель. Определить риск развития венозного тромбоза у пациентов по результатам генотипирования. На основании величины риска венозного тромбоза создать рекомендации по лечению и профилактике этого заболевания.

Материал и методы. Обследовано 195 пациента с флеботромбозами нижних конечностей, разделенных на группы по возрасту и причине заболевания, и 46 пациентов общего хирургического профиля старше 50 лет без тромботических эпизодов в анамнезе. Диагноз венозного тромбоза подтверждался в обязательном порядке ультразвуковым ангиосканированием сосудов нижних конечностей.

Исследовались гены факторов плазменного, тромбоцитарного гемостаза, ферментов фолатного цикла (18 позиций). В качестве материала исследования использована периферическая кровь. Исследование полиморфизмов генов проводилось методом ПЦР-диагностики. Оценку отклонения распределений генотипов изученных полиморфизмов ДНК от канонического распределения Харди-Вайнберга и оценку степени различий в частоте встречаемости аллелей, генотипов и межгенных комбинаций между исследуемыми группами проводили с помощью точного критерия Фишера.

Результаты и обсуждение. Наиболее выраженное и достоверное влияние на величину риска развития

венозного тромбоза выявлено для фактора V Лейден. Этот полиморфизм увеличивал общий риск развития заболевания до 12 раз ($p=0,01$) в сравнении с контролем. При этом отмечено 8-кратное увеличение риска развития тромбоза в возрасте до 45 лет и в 9 раз идиопатического флеботромбоза ($p=0,04$), для гомозиготных носителей мутантного аллеля, и в 3 раза общий риск ($p=0,002$).

При анализе данных по остальным генам факторов плазменного звена гемостаза выявлено 2-3 кратное увеличение риска раннего и идиопатического венозного тромбоза для носителей мутантных полиморфизмов генов VII коагуляционного фактора, фибриногена, тканевого активатора плазминогена, XII фактора свертывания. Значимого влияния на развитие флеботромбоза широко освещенного в литературе полиморфизма G20210A II фактора свертывания в популяции г. Новосибирска выявлено не было.

Также не показали ассоциации с венозной тромбоэмболией мутантные полиморфизмы генов тромбоцитарных рецепторов и ингибитора плазминогена-1, которые, по-видимому, большее патогенетическое значение имеют для тромбозов артериальных.

Из шести исследованных позиций генов ферментов фолатного цикла, достоверно на развитие венозного тромбоза влияли только полиморфизмы C677T и A1298C гена метилентерагидрофолат редуктазы, увеличивая в гомозиготном состоянии риск идиопатического венозного тромбоза до 3,5 раз ($p=0,08$), а венозного тромбоза в целом до 1,5-2 раз ($p=0,03$) у носителей мутантного аллеля. Протромботические полиморфизмы генов других ферментов фолатного цикла только имеют тенденцию к повышенной частоте встречаемости у пациентов с ранними и идиопатическими венозными тромбозами.

Кроме того, было показано, что риск развития венозного тромбоза повышают не столько общее количество задействованных генов, сколько единичные полиморфизмы, имеющие достоверное влияние на развитие этого заболевания.

На основании генотипирования возможно рекомендовать пациентам с врожденной тромбофилией усиленную антитромботическую профилактику при хирургической интервенции, беременности, послеродовом периоде и при сочетании с другими факторами риска.

Литература:

1. Favaloro, E. J. *Laboratory investigation of thrombophilia: the good, the bad, and the ugly* / E. J. Favaloro, D. McDonald, G. Lippi // *Semin. Thromb. Hemost.* - 2009. - Vol. 35, N 7. - P. 695-710.

ПОИСКИ КОРРЕКЦИИ ЛИМФООТТОКА У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМОЙ

Яровенко Г.В.

ГОУ ВПО "Самарский Государственный медицинский университет",

г. Самара, Российская Федерация

млн человек во всем мире. Лимфедема может возникать и в отсутствие повреждения лимфатических сосудов. Это наблюдается в тех случаях, когда перестают действовать факторы, обеспечивающие лимфоток в мелких лимфатических сосудах (в первую очередь, это движение), а образование интерстициальной жидкости происходит с обычной или даже повышенной скоростью. Эффективность дренажной функции лимфатической системы конечности зависит не только от лимфатических сосудов, но и от анатомо-функционального состояния регионарных лимфатических узлов.

В целях поиска новых путей коррекции лимфатического оттока нами создана модель лимфатического отека на конечности у экспериментального животного (белых крыс), путем интраоперационного удаления паховых лимфатических узлов. Нарастание периферического отека на оперированной конечности у групп белых крыс происходило до 21 дня, затем наступала его стабилизация. Подтверждение наличия или отсутствия отека на оперированной конечности проводилось несколькими методами: измерением конечности на уровне верхней трети бедра, волнометрией, пробой Мак-Клюра и Олдрича, ультразвуковым исследованием паховых областей, контрастированием лимфатического коллектора метиленовым синим.

В дальнейшем удаленные лимфатические узлы являлись основой для получения культуры низкодифференцированных стромальных клеток. Клетки выращивались в культуральных флаконах фирмы "Gold star" в среде МЭМ, с использованием 10% телячьей сыворотки, глутамина и инсулина. Культура стромальных клеток вводилась по принципу аутогенности. Низкодифференцированные стромальные клетки паховых лимфатических узлов отличаются от фибробластов в культуре несколько большими размерами, длина стромальной клетки $67,3 \pm 3,1$ мкм, а фибробласта - $53,1 \pm 2,6$ мкм. Поперечный размер $29 \pm 1,9$ мкм и $21 \pm 2,1$ мкм соответственно, а так же большим количеством отростков на ранних пассажах, замедленным, по сравнению с фибробластами ростом, способностью индуцировать образование лимфоидной ткани при трансплантации в паховую область. Аналогичные данные получены при выращивании низкодифференцированных стромальных клеток из лимфатических узлов человека. Материалом для культуры служили поверхностные шейные лимфатические узлы, не являющиеся основными для оттока лимфы, но более структурно сохраненные, без явлений склерозирования и жирового перерождения.

Экспериментальные лабораторные белые крысы были разделены на 3 группы: 30; 8 и 8 животных без полового различия в зависимости от вида введения культуры клеток. Животным первой группы (30) в паховую область оперированной конечности вводилась культура низкодифференцированных стромальных клеток, животным второй группы (8) вводилась культура фибробластов и животным третьей группы (8) вводился 0,9% физиологический раствор.

Проведенной волдырной пробой Мак-Клюра и Олдрича после интраоперационного удаления пакета паховых лимфатических узлов и стабилизации отека на оперированной конечности нами зафиксировано ускорение рассасывания кожной папулы в среднем на

4,96 мин или 31,5%. После трансплантации культуры стромальных клеток в паховую область крысы рассасывание кожной папулы на голени к 102 дню увеличилось на 17,6%. На бедре, за тот же временной интервал, нами зафиксировано удлинение рассасывания кожной папулы на 21,5%. У 1 группы экспериментальных животных так же получен положительный результат, по данным волюметрии. Выявлено уменьшение отека на оперированной конечности животного после введения в паховую область культуры стромальных клеток к 30 дню на 32% и к 102 дню отмечено его полное купирование. При ультразвуковом исследовании в паховой области у экспериментальных животных 1 группы выявлена новообразованная ткань, рыхлая, с эхопозитивным центром, вокруг которого визуализировался гипоэхогенный ободок, в ткани присутствовали единичные потоковые сигналы. Структурная композиция ткани соответствовала строению лимфатических узлов, идентичной узлам здоровой конечности. Нами выполнена визуализация сосудов новообразованной ткани путем введения метиленового синего. Получено прокрашивание приводящего лимфатического сосуда до новообразованной ткани с ореолом вокруг нее из очень мелкой сосудистой сети. Микроскопическим морфологическим исследованием подтверждено наличие лимфатических узлов в паховой области после трансплантации стромальных клеток. Через 3 месяца лимфатические узлы визуализировались единичные, крупные, с хорошо выраженными слоями (капсулой, паракортикальным, медулярным). Капсула узлов была представлена фибробластами, коллагеновыми и эластическими волокнами. В кортикальном слое отмечалось наличие лимфатических узелков, а в медулярном слое - широких синусов. Методом световой автордиографии нами подтверждена функциональная активность новообразованных лимфатических узлов, представленных лимфоцитами, единичными лимфатическими фолликулами и макрофагами, в которых отмечалось накопление

меток НЗ-тимедина. Соматическое состояние экспериментальных животных оценивалось по предложенной нами 5 балльной шкале, исходя из которых подтверждено отсутствие отрицательного воздействия на организм культуры низкодифференцированных стромальных клеток в период от момента введения до 2,0 лет, то есть полного жизненного цикла животного.

Для экспериментальных животных 2 группы после введения культуры клеток фибробластов периферический отек сохранялся на исходном уровне, что подтверждалось всеми вышеперечисленными методами. По данным ультразвукового исследования в паховой области у этих животных определялась ткань неоднородной эхогенности, вытянутой неправильной формы, с эхопозитивными центрами. При макроскопическом морфологическом исследовании - тяжи по типу рубцовой ткани, с участками рыхлого соединения; микроскопически - организованные коллагеновые и эластические волокна с групповыми включениями фибробластов. После введения физиологического раствора в паховую область оперированной конечности экспериментальным животным третьей группы периферический отек сохранялся на исходных значениях. По данным волюметрии асимметрия объема составляла от 3,5 до 4,5 мл. При ультразвуковом исследовании паховой области оперированной конечности новообразованной ткани не определялось, что так же подтверждалось морфологическим исследованием.

Следовательно: нами выявлена положительная динамика купирования лимфатического отека у экспериментального животного после введения аутогенных низкодифференцированных стромальных клеток. Данный метод целесообразно использовать в лечении больных лимфатическими отеками нижних конечностей, так как их трансплантация направлена на создание новых путей лимфатического оттока путем образования полноценно-функциональных лимфоидных органов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОКАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ

Акимов В.П., Борисов А.Е.,
Кащенко В.А., Распереза Д.В.
Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. До недавнего времени обследование тонкой кишки оставалось "terra incognita" на карте желудочно-кишечного тракта. Трудности ее обследования были обусловлены анатомическими (значимая удаленность от естественных отверстий, большая протяженность) и физиологическими (активная перистальтика) причинами. Длительное время единственным методом обследования тонкой кишки оставалось ее рентгенологическое контрастное исследование, которое в полной мере не могло удовлетворить клиницистов. Возможности других методов (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, специальных push-эндоскопов) также ограничены в предоставлении полной информации о состоянии стенки тонкой кишки.

Цель. Представить первый опыт использования видеокапсульной эндоскопии (ВКЭ) в диагностике кровотечений тонкой кишки.

Материал и методы. Проанализированы результаты использования ВКЭ на клинической базе кафедры хирургии им. Н.Д.Монастырского в клинической больнице №122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России. С ноября 2007 года по декабрь 2009 года обследованы 32 пациента (17 мужчин и 15 женщин). Средний возраст больных составил (46±15) лет (от 19 до 73 лет). Показаниями для выполнения обследования были анемия и "скрытое" желудочно-кишечное кровотечение у 4 пациентов, абдоминальная боль - 14, абдоминальная боль в сочетании с признаками нарушения кишечного пассажа - 3, подозрение на болезнь Крона - 6, оценка состояния тонкой кишки при доказанной болезни Крона после резекции кишки у 2. У 3 пациентов исследование проводилось по их собственному желанию при отсутствии жалоб. Всем пациентам до выполнения ВКЭ выполняли эндоскопическое обследование верхнего и нижнего отделов пищеварительного тракта.

В работе использовали эндовидеокапсулу ЕС type I "Olympus". Видеокапсула представляет собой одноразовое устройство, которое проглатывают, и далее оно продвигается по желудочно-кишечному тракту, выполняя видеосъемку изображения слизистой оболочки. Принцип работы капсулы заключается в передаче высококачественных цифровых снимков тонкой кишки на записывающее устройство, располагающееся на теле пациента в течение всего исследования.

Подготовка к исследованию не отличалась от таковой при колоноскопии.

Результаты и обсуждение. Полное исследование тонкой кишки выполнено у 30 из 32 пациентов. У 2

человек исследование выполнено не полностью в связи с длительной задержкой капсулы (на уровне гастродуоденального сегмента у одного больного и в зоне межкишечного анастомоза - у другого).

Средняя продолжительность пассажа капсулы по желудку составила (41±26) мин (от 11 до 75 мин). У 30 больных капсула мигрировала через илеоцекальный клапан в период исследования. Средняя продолжительность пассажа по тонкой кишке (от пилорического канала до илеоцекального клапана) составила (307+115) мин.

У 2 из 4 пациентов с признаками "скрытого" желудочно-кишечного кровотечения отмечали активное поступление крови в просвет тонкой кишки.

У одного больного источник кровотечения установлен на основе оценки изображений, полученных капсулой (аденокарцинома тощей кишки), у другого - был определен только интраоперационно (лейомиосаркома тощей кишки). У 2 больных причиной "скрытого" кровотечения, манифестирующего картиной анемии, явились эрозии и язвы терминальной части подвздошной кишки при болезни Крона и портальная энтеропатия у больного с циррозом печени. У 2 пациентов при отсутствии каких-либо специфических жалоб случайно выявлены ангиодисплазии слизистой оболочки, способные выступать в качестве источника кровотечения.

Выводы. Видеокапсульная эндоскопия, являясь простым, безопасным и неинвазивным методом, позволяет получить недоступные ранее данные о состоянии тонкой кишки и вывести диагностическую программу на новый качественный уровень.

У больных с клинической картиной анемии и желудочно-кишечного кровотечения видеокапсульная эндоскопия рекомендуется как третий метод диагностики при отрицательных результатах гастродуоденоскопии и колоноскопии.

Недостатками ВКЭ являются: отсутствие дистанционного контроля, феномен пропуска изображения, невозможность проведения биопсии и лечебных мероприятий.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ТАНАТОГЕНЕЗА СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА

Александрова О.С., Гаин Ю.М.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Высокий уровень летальности при тяжелой сочетанной травме живота, варьирующий от 18,1 до 63,6%. свидетельствует о том, что проблема лечения данной патологии далека от разрешения, а вопросы изучения факторов танатогенеза и разработки рациональной хирургической тактики находятся в рамках самых актуальных вопросов практической хирургии.

Цель. На основании ретроспективного судебно-медицинского анализа изучить структуру и причины летальности в группе пострадавших с сочетанной травмой

живота и на его основе разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий, позволяющий улучшить результаты оказания медицинской помощи.

Материал и методы. Проведен анализ основных причин гибели 304 пострадавших с сочетанной травмой живота с изучением первичной медицинской документации. Ведущими причинами травмы живота были падение с высоты (51,6%) и автотравма (31,2%). Тяжесть повреждений оценивали по шкале Injury Severity Score (ISS). Проведен факторный анализ выявленных проявлений полиорганной недостаточности с использованием метода главных компонент.

Результаты и обсуждение. Самый высокий показатель летальности при сочетанной травме живота (91,1%) зафиксирован в I периоде травматической болезни, при этом непосредственно на месте происшествия погибло 71,2% пострадавших (ISS $55,6 \pm 3,81$). На этапе транспортировки умерло 7,7% пострадавших (ISS $51,6 \pm 4,13$); в первые сутки нахождения в стационаре - 21,1% (ISS $46,0 \pm 5,26$). Главной причиной их гибели стал тяжёлый травматический шок, обусловленный массивными анатомически повреждениями и массивным кровотечением. Смертность во II и III периодах травматической болезни составила 8,9 и 2%, соответственно. Ведущей причиной гибели в этот период стала прогрессирующая полиорганная недостаточность. При этом рейтинговая значимость основных её проявлений была следующая: первое место занял ДВС-синдром (частота встречаемости 91%); второе место - отёк головного мозга (частота выявления 66%); третье место - острая дыхательная недостаточность (частота 57%) и четвёртое место - острая почечная недостаточность (частота встречаемости 26%). Проведенный методом главных компонент факторный анализ вероятности встречаемости и взаимосвязи этих проявлений позволил выделить три группы относительно независимых друг от друга ведущих компонентов полиорганной недостаточности, условно обозначенных как "кардиально-детоксикационно-выделительный", "панкреато-ульцеральный" и "респираторно-церебральный". Факторный анализ подтвердил, что острая печёночно-почечная недостаточность у пациентов с сочетанной травмой живота с большой долей вероятности может привести к декомпенсации сердечной деятельности; патологические состояния органов дыхания могут способствовать развитию отёка головного мозга, а возникновение острых язв ЖКТ можно ожидать только у пациентов с острым посттравматическим панкреатитом.

Выводы.

1. Основными путями снижения досрочной смертности при этом являются более быстрая доставка пациентов в стационар, сокращение сроков дооперационного обследования, использование современных методов гемостаза, адекватное восполнение кровопотери.

2. Снижение летальности во II периоде травматической болезни может быть достигнуто путём профилактики и лечения отёка головного мозга, ДВС-синдрома.

3. Для пострадавших с сочетанной травмой живота на 4-7 сутки необходимо проводить, прежде всего, профилактику острой почечной недостаточности, ДВС-синдрома и стрессовых язв желудочно-кишечного тракта.

4. В III периоде травматической болезни снижение

летальности возможно благодаря профилактике и эффективному лечению гнойно-септических осложнений, своевременному выявлению и лечению нарушений функции почек.

5. Для каждого периода травматической болезни актуально использование современной дыхательной аппаратуры, рациональная антибиотикотерапия и иммунокоррекция с целью профилактики и лечения воспалительных заболеваний органов дыхания.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

*Амельчя О.А., Сидорович Е.В., Шавель И.Е.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Частота встречаемости острого аппендицита у беременных составляет 0,03-5,2%. Диагностика острого аппендицита у беременных является трудной задачей, так как и к без того запутанной клинической картине этого заболевания добавляются особенности связанные с беременностью.

Цель. Определить роль лапароскопии в диагностике острого аппендицита у беременных.

Материал и методы. На базе 3 ГКБ г. Минска был проведен ретроспективный анализ 37 историй болезни беременных, которым выполнялась диагностическая лапароскопия. 19 (51%) женщин были во II триместре беременности, 11 (30%) - в I, 7 (19%) - в III. Средний возраст беременных составил $23,5 \pm 0,37$.

В первые 6 часов от начала заболевания обратилось 7 (19%) пациентов, 11 (29,7%) человек поступили через 12 часов, 15 (40,5%) - через 13-24 часа, 4 (10,8%) более чем через 24 часа. Диагностическая лапароскопия была выполнена в течение 1 часа у 7 (19%) беременных, в течение 2 часов у 9 (24,3%), с 3 до 6 часов - 13 (35,1%), с 7 до 12 - 5 (13,5%), позже 12 часов - 3 (8,1%).

Результаты и обсуждение. После проведения диагностической лапароскопии у 25 (68%) беременных диагноз острого аппендицита был исключен, у 12 (32%) - подтвержден и в последующем выполнена аппендэктомия.

В послеоперационном периоде из 25 женщин, у которых диагноз острого аппендицита не подтвердился, 15 (60%) отмечали плохое самочувствие после наркоза, 5 (20%) - наличие выраженного болевого синдрома в области постлапароскопических ран, 5 (20%) - жалоб не предъявляли. 5 (20%) женщин в последующем были госпитализированы по поводу угрозы прерывания беременности, ещё у 5 (20%) наблюдался рецидив боли в правой подвздошной области.

Родоразрешение проведено естественным путём у 23 (92%) женщин, у 1 (4%) выполнено кесарево сечение и 1 (4%) - выполнено искусственное прерывание беременности.

При сопоставлении лапароскопической картины формы острого аппендицита и гистологического описания, удаленного червеобразного отростка, соответствие было

выявлено у 12 (100%) пациентов.

Выводы.

Лапароскопия несет в себе высокий потенциал в качестве метода диагностики острого аппендицита у беременных.

Учитывая то, что лапароскопия является инвазивным методом диагностики, она должна применяться в диагностически трудных случаях.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Астапенко В.В., Марковский А.Г., Хмара Д.В.
УЗ "5-я городская клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В структуре основных нозологических форм 1-го хирургического отделения УЗ "5-я ГКБ г. Минска" пациенты с острым холециститом (ОХ) занимают второе место (12,5%), уступая только больным с острым панкреатитом (18,7%). Современный этап развития абдоминальной хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику малоинвазивных хирургических вмешательств для лечения пациентов с ОХ, что обуславливает необходимость оценки эффективности использования данного метода.

Целью исследования является оценка эффективности и безопасности лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у пациентов с ОХ.

Материал и методы. В период с 2005 по 2009 гг. нами было выполнено 389 лапароскопических (ЛХЭ) и "открытых" (ОХЭ) холецистэктомий у пациентов с ОХ в возрасте от 14 до 88 лет. Лапароскопические вмешательства выполнялись на эндовидеохирургическом комплексе "KARL STORZ" (Германия) с использованием электрогенератора лигирования сосудов "Liga Sure". При наличии спаечного процесса в брюшной полости пациентам выполнялся симультанный адгезиолизис. Удаление желчного пузыря производилось через верхний троакарный прокол в эпигастральной области, для облегчения его экстракции и профилактики развития инфекции области хирургического вмешательства выполнялось дробление крупных конкрементов и фрагментирование желчного пузыря с последующим извлечением в контейнере.

Результаты и обсуждение. Результаты хирургичес-

	Кол-во /уд. вес ЛХЭ	Кол-во /уд. вес ОХЭ	Частота кон- версии	Средний койко-день, ЛХЭ	Средний койко-день, ОХЭ
2005	59 / 73%	22 / 27%	0%	10	12
2006	75 / 77%	22 / 23%	0%	8,9	11,9
2007	57 / 91%	6 / 9%	0%	8,9	12
2008	63 / 93,2%	5 / 6,8%	0%	9,0	13
2009	74 / 93,2%	6 / 6,8%	0%	8,9	14

Таблица. Результаты хирургического лечения пациентов с ОХ в 1-м хирургическом отделении УЗ "5-я ГКБ" (2005-2009 гг.)

кого лечения пациентов с ОХ представлены в таблице.

За исследуемый период наблюдалось достоверное увеличение количества и удельного веса лапароскопических пособий при ОХ, что достигнуто уменьшением количества относительных противопоказаний к данному виду оперативного вмешательства. При целенаправленном и своевременном выявлении у пациентов декомпенсированной сосудистой и дыхательной недостаточности, склонности к кровоточивости, язвенной болезни, острого интерстициального панкреатита в 1-е сутки после поступления в стационар возможно проведение специализированной предоперационной подготовки в условиях тесной интеграции со специалистами соответствующего профиля с последующим выполнением лапароскопического пособия. Мы также считаем целесообразным выполнение ЛХЭ в некоторых случаях и позднее 72 часов от начала заболевания (до 5 суток) ввиду отсутствия, согласно нашим наблюдениям, технических трудностей для выполнения данного вмешательства в указанные сроки.

Частота конверсий равна 0%, что обусловлено комплексным обследованием пациентов в предоперационном периоде, тщательным их отбором на основе прогнозирования технической сложности ЛХЭ и совершенствованием хирургической техники оперативного вмешательства.

С 1995 года на базе 1-го хирургического отделения 5-й ГКБ выполнено 1948 лапароскопических холецистэктомий. На начальном этапе имели место следующие типичные осложнения: интраоперационные повреждения внепеченочных желчевыводящих путей (3 случая), истечение желчи (5 случаев) и кровотечение (4 случая) из ложа желчного пузыря в послеоперационном периоде. Интра- и послеоперационных осложнений ЛХЭ за исследуемый нами период не наблюдалось. Летальных исходов не было.

Выводы. ЛХЭ является методом выбора при лечении пациентов с ОХ и обладает рядом преимуществ по сравнению с "открытой" операцией: уменьшение травматичности хирургического вмешательства, снижение частоты и тяжести послеоперационных осложнений, сокращение продолжительности нахождения пациентов в стационаре, снижение потребности в лекарственных средствах, уменьшение сроков временной нетрудоспособности и, как итог, значительное снижение стоимости лечения, что в условиях развивающихся стационарозамещающих технологий делает ее одним из наиболее рентабельных оперативных вмешательств.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

*Баранов Г.А., Малов Ю.Я., Квашиин В.В., Петрук М.Н.
ФГУ "Центральная клиническая больница с
поликлиникой"
Управления делами Президента РФ,
г. Москва, Российская Федерация*

Цель. Структурировать кровотечения из верхних и

нижних отделов пищеварительного тракта и изучить атипично протекающие виды кровотечений.

Материал и методы. Проведен анализ 120 наблюдений пациентов с направительным диагнозом "желудочно-кишечное кровотечение" у пациентов из числа прикрепленного контингента в возрасте от 21 года до 89 лет, поступавших в клинику за последние 2,5 года. Из их числа в 43 наблюдениях кровотечения были из верхних отделов пищеварительного тракта, 26 пациентов имели кишечное кровотечение. В остальных случаях, по результатам эндоскопической диагностики, желудочно-кишечное кровотечение было исключено.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам с кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта выполнялась лечебно-диагностическая эндоскопия с последующим инструментальным гемостазом.

По частоте встречаемости в изученной группе наиболее часто отмечались кровотечения из язвенных дефектов желудка - 12 наблюдений (27,9%). Язва 12-перстной кишки выявлена у 7 пациентов (16,2%). Сочетание кровотечения из язвы желудка и 12-перстной кишки было у 4 больных (9,3%). Эрозивное поражение дистального отдела пищевода - 5 случаев (11,6%). Синдром Меллори-Вейсса отмечен у 4 пациентов (9,3%). Синдром Дъелафуа диагностирован в 2 случаях (4,6%), эрозии в зоне гастроэнтероанастомозов - 3 случая (6,9%), кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) - 3 случая (6,9%). Эрозивно-геморрагические поражения слизистой желудка были источником кровотечений в 2 наблюдениях (4,6%). Кровотечение из злокачественной опухоли желудка отмечено у 1 больного (2,3%).

Интенсивность кровотечения классифицировали по J. A. Forrest. На этапе исследования чаще всего наблюдалось продолжающееся капиллярное кровотечение F1в (39,5%). Тромбированные крупные сосуды (F2а) наблюдалось в 34,9%. Фиксированные сгустки к язвенному дефекту (F2в) были в 20,9% случаев. Струйное кровотечение (F1а) было всего у 2-х больных (4,6%). В группе больных с язвой желудка продолжающееся кровотечение наблюдалось в 41,6% (5 случаев); в группе с язвой 12-перстной кишки - 57,1% (4 случаев). При эрозиях нижней трети пищевода неинтенсивное кровотечение визуализировано у 60% (3 случая). При специфических синдромах (Меллори-Вейсса, Дъелафуа) кровотечение продолжалось в 3-х и 2-х случаях из 4-х и 2-х наблюдений соответственно.

Из технических приемов гемостаза применяли аргоноплазменную коагуляцию в 39 случаях (75%). Электрокоагуляцию использовали в 3 случаях (5,7%). Наложение лигатур при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода выполнено также в 3 случаях. У остальных больных применяли инфльтрационный вариант гемостаза.

Оперативное лечение после ФЭГДС без попыток эндоскопического гемостаза предпринято у 3-х больных.

Рецидив кровотечения после аргоно-плазменной коагуляции возник в 5 случаях, и в одном случае после использовании электрокоагуляции. Эти кровотечения наблюдались на фоне проведения комплексной интенсивной и противоязвенной терапии.

Следует считать, что аргоно-плазменная коагуляция

является эффективным и прогрессивным вариантом эндоскопического гемостаза. Последующая терапия должна быть усилена внутривенной инфузией ингибиторов протонной помпы ("Лосек", "Улькозол") в максимальных дозировках. В исследуемой группе пациентов наиболее частыми причинами кровотечений являлись язвенные дефекты желудка. Уменьшение частоты кровотечений при язвенной болезни 12-перстной кишки следует считать результатом отсутствия запущенных тяжелых случаев язвенной болезни у диспансеризируемой категории больных, а также результатом высокой клинической эффективности современной противоязвенной терапии. Ретроспективный анализ 120 поступивших с диагнозом "желудочно-кишечное кровотечение" показал, что собственно "кишечное кровотечение" имелось у 22% пациентов. В 4,4% случаев отмечены трудности в правильной диагностике источника кровотечения по уровню локализации.

В связи с этим, акцентировано внимание на необходимости точной дифференциальной диагностики кровотечений из верхних отделов ЖКТ и из толстой кишки. Клинически под маской кишечных кровотечений наблюдали больных с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта. Так у пациента, поступившего с убедительной клиникой толстокишечного кровотечения, только при проведении эндоскопического исследования удалось установить истинный источник кровотечения - язвенное поражение 12-перстной кишки. В то же время наблюдали 3 случая с клинической картиной, соответствующей желудочному кровотечению, а при эндоскопическом исследовании источник кровотечения был обнаружен в стенке толстой кишки.

Выводы. 1. Следует считать, что альтернативных способов достоверного уточнения источников желудочно-кишечного кровотечения для широкой клинической практики до настоящего времени не предложено.

2. Сложности установления источника желудочно-кишечного кровотечения могут быть обусловлены возможным атипизмом внешних проявлений кровотечений.

ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ТОНКОЙ КИШКИ. РОЛЬ КИШЕЧНИКА В ТЕЧЕНИИ И ИСХОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бенедикт В.В.

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, г. Тернополь, Украина

Актуальность. Острая непроходимость тонкой кишки (ОНТК) - одно из наиболее тяжелых заболеваний в неотложной абдоминальной хирургии. Летальность не имеет стойкой тенденции к снижению. В большинстве случаев это обусловлено нарушениями моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки (ТК).

Цель. Исследование морфофункционального состояния ТК и общего гомеостаза больных с ОНТК для разработки тактики на различных этапах оказания помощи, которая позволила бы улучшить результаты их лечения.

Материал и методы. У 53 белых крыс, которые были разделены на две группы: первая - 11 интактных животных, вторая - 42 с ОНТК, исследовали морфологические и морфометрические изменения ТК [1], содержание АТФ [3], локальное кровообращение по методике Л.А.Ковальчука (1984), концентрацию ионов Ca^{++} в мышечной ткани [2]. У 122 больных с ОНТК проведено исследование степени выраженности интоксикационного синдрома, состояние вегетативной нервной системы, неспецифической резистентности организма в сопоставлении со сроками восстановления моторно-эвакуаторной функции ТК. Проведено ретроспективный анализ 21 медицинской карты стационарного больного с летальным исходом.

Результаты и обсуждение. Наблюдалось истончение мышечного слоя ТК в 2,15 раза, увеличение подслизистой основы на 65,1%, существенные структурные изменения и нарушения ядерно-цитоплазматических соотношений в мышечных и нервных клетках, с параллельным снижением локального кровотока в 1,46 раза, уменьшением уровня АТФ в 1-е сутки ОНТК на 43,2% и концентрации ионов кальция - более, чем на 25%.

Кишечная перистальтика наблюдалась после операции в 61,5% наблюдений на 1-2-е сутки, отхождение газов - у 80,3% больных на 3-5-е сутки. Такое состояние моторно-эвакуаторной функции ТК существенно повышало уровень интоксикации, приводило к дестабилизации неспецифической резистентности, вызывало дисбаланс в вегетативной нервной системе с преобладанием симпатического его отдела.

У умерших больных при поступлении усиление моторики ТК было более чем в 52%, угнетение - в 33,33%, удовлетворительная перистальтика - в 1-м случае, ее отсутствие - у 2 пациентов. В конце лечения - отсутствие двигательной функции ТК - в 80,95% и ее угнетение - в 19,05%, что способствовало усилению интоксикации. Причиной смерти в 16 (76,19%) случаях - полиорганная недостаточность и у 4 (19,05%) - сердечно-легочная недостаточность.

Результаты исследований побудили нас разработать алгоритм в лечении пациентов с ОНТК: перед операцией - декомпрессия верхних отделов желудочно-кишечного тракта, определение степени нарушений функционального состояния организма больного, определение показаний к операции и продолжительности подготовки; во время операции - проведение декомпрессии ТК, устранение причины ОНТК, выбор оптимального метода интубации ТК с проведением интраоперационного промывания ее, выбор метода завершения лапаротомии с профилактикой возможного развития компартмент-синдрома; после операции - использовали корректирующую медикаментозную терапию и способы непосредственного воздействия на пейсмейкерские центры пищеварительного тракта, раннее энтеральное питание. Такой алгоритм лечения ОНТК улучшает качество жизни больных после операции и уменьшает сроки их лечения на 3-4 дня.

Выводы.

1. Острая непроходимость тонкой кишки вызывает существенные изменения в ее структурной организации на органном, тканевом, клеточном и субклеточном уровнях, что существенно влияет на функциональное

состояние данного органа и организма в целом.

2. Использование тонкой кишки для дезинтоксикации организма пациента путем удаления токсических веществ до операции, во время оперативного вмешательства, в послеоперационном периоде, а также раннее восстановление ее моторно-эвакуаторной функции позволяет существенно улучшить течение заболевания.

Литература:

1. Автандилов, Г. Г. *Медицинская морфометрия* / Г. Г. Автандилов. - М.: Медицина, 1990. - 216 с.
2. Манько, В. В. *Вплив хлорпромазину на Ca^{2+} -транспортні системи плазматичної мембрани секреторних клітин слинної залози личинки *Chironomus plumosus* L* / В. В. Манько, М. Ю. Клевець, Н. В. Федірко // *Україн. біохім. журн.* - 2000. - Т. 72, № 2. - С. 36-41.
3. Cohn, W. E. *The separation of adenosine polyphosphates by ion exchange and paper chromatography* / W. E. Cohn, C. E. Carter // *J. Amer. Chem. Soc.* - 1950. - N 2. - P. 4273-4275.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Богушевич О.С.

ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Согласно определению ВОЗ, "качество жизни - это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются". Это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на субъективном восприятии пациента. Современная оценка эффективности лечения и разработка новых подходов как в терапии так и хирургии не мыслима без изучения качества жизни (КЖ) пациентов, страдающих изучаемым заболеванием. В настоящее время необходимо руководствоваться комплексным подходом к оценке здоровья населения и основываться не только на объективных данных, но и на субъективном восприятии самого человека психологических, эмоциональных и социально-гигиенических аспектов его жизни. Язвенная болезнь (ЯБ) влияет не только на физическое состояние больных, но и на их психоэмоциональный статус. Исследование КЖ при использовании хирургических методов лечения язвенной болезни позволяет принципиально изменить взгляд на проблемы болезни и на самого больного. КЖ - это критерий, отражающий состояние здоровья в смысле потенциальных рисков. Он позволяет понять инертность сознания больных при необходимости планового оперативного, лечения, его преимущество, по поводу длительно существующей язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в виду слабой эффективности многократных консерва-

тивных мероприятий.

Цель. Оценка качества жизни больных с ЯБ, осложненной язвенным кровотечением, госпитализированных в Минский городской центр желудочно-кишечных кровотечений, на базе УЗ "10-я городская клиническая больница" г. Минска.

Материал и методы. Для оценки качества жизни и определения взаимосвязи его с уровнем готовности к плановому оперативному лечению нами обследовано 45 пациентов с язвенной болезнью, поступивших в стационар с язвенным кровотечением. В качестве опросника нами использована русскоязычная версия опросника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), разработанный отделом изучения КЖ в ASTRA Hassle (I. Wiklund, 1998) и используется для оценки КЖ пациентов с желудочно-кишечными заболеваниями. Русскоязычная версия опросника была создана в 1998 г. исследователями Межнародного Центра исследования качества жизни (г. Санкт-Петербург). Она была апробирована при изучении КЖ 2000 жителей Санкт-Петербурга. Российская версия специального гастроэнтерологического опросника GSRS, по данным ряда исследователей, является надежной, валидной и чувствительной.

Опросник состоит из 15 пунктов, которые преобразованы в 5 шкал: абдоминальная боль, рефлюкс-синдром, диарейный синдром, диспептический синдром, синдром запоров. Количество баллов по каждой шкале колеблется от 1 до 7, при этом более высокие значения соответствуют более выраженным симптомам и более низкому КЖ.

Требования к представлению статистических результатов такие же, как и для опросника SF-36. Рекомендуемые статистические пакеты для обработки результатов - StatSoft Statistica v.6.0, SPSS 9.0, StatGraphics Plus v.5.1 Interprise.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного опроса 45 пациентов (мужчин - 36 (80%), женщин - 9 (20%)) нами получены следующие результаты. Средний возраст обследованных составил $51,1 \pm 11,25$ лет, длительность язвенного анамнеза от 3 до 45 лет ($14,87 \pm 8,87$). У 9 (20%) пациентов язва локализовалась в желудке, у 36 (80%) - в двенадцатиперстной кишке. Предлагали ранее оперативное лечение только 10 больным (22,2%).

Шкала суммарного измерения (общая сумма набранных баллов по всем шкалам) составила 1471 балл. Наибольшее количество баллов было по шкале диспептического синдрома (420), наименьшее - по шкале абдоминальной боли (240), по шкале синдрома запоров - 286, рефлюкс-синдрому - 269, диарейному - 256.

На основании полученных данных, установлено, что в субъективной составляющей восприятия язвенной болезни, у пациентов при наличии длительного язвенного анамнеза и поступивших на лечение по поводу язвенного кровотечения из всех синдромов болевому отводится последнее место. Причем респондентами подчеркнута незначительная степень выраженности болевого синдрома. В результате указанных особенностей восприятия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки пациентами и оценки качества их жизни при обострении (с последующим тяжелым осложнением в виде кровотечения), у большинства пациентов складывается негативное отношение к предлагаемым оперативным вмеша-

тельствам. Только продолжающее кровотечение или рецидив его после достигнутого ранее эндоскопического гемостаза могут доказать пациенту необходимость оперативного лечения язвенной болезни, осложненной кровотечением.

Таким образом, исследование качества жизни с использованием опросника GSRS у пациентов с осложненной язвенной болезнью позволило раскрыть субъективное восприятие такими пациентами состояния своего здоровья, позволило понять причины их отказа от предлагаемых методов оперативных вмешательств.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ИХ КЛАССИФИКАЦИЯ

*Бойко В.В., Тарабан И.А., Грома Б.Г., Жиленко И.И.
Харьковский национальный медицинский университет,
г.Харьков, Украина*

Актуальность. Острое расстройство кровоснабжения толстой кишки является одним из наиболее часто встречающихся типов ишемического поражения желудочно-кишечного тракта. Оценка истинной распространенности острых ишемических расстройств в этом бассейне весьма затруднительна, что связано с наличием большого количества не диагностированных случаев при легкой степени нарушения кровотока, а также второстепенное рассмотрение проблемы на фоне тяжелой, зачастую некурабельной патологии других органов и систем [1,2].

Цель. Установить частоту распространенности острых ишемических нарушений толстой кишки в структуре ургентной абдоминальной патологии и разработать их классификацию.

Материал и методы. Обследованию подверглись 156 больных с острыми нарушениями кровоснабжения толстой кишки, находившихся на лечении в ГУ "ИОБХ АМНУ" в период с 2000 г. по 2010 г., что составило 0,017% от всей ургентной патологии. Женщин было 75, а мужчин - 81, средний возраст пациентов составил 64,3 года.

Все больные были обследованы по стандартной схеме, включающей сбор анамнеза, объективное обследование пациента (пальпация и аускультация брюшной аорты), общеклинические лабораторные, а также инструментальные исследования (УЗИ, доплеровское исследование, рентгенография, КТ (в т.ч. в ангиорежиме), ангиография, колоноскопия и др.

Результаты и обсуждение. Клинические проявления при ишемических поражениях толстой кишки имели характер от незначительных, поддающихся консервативной терапии до выраженных, приводящих к развитию жизнеугрожающих состояний.

Среди этиологических факторов острой ишемии толстой кишки выделяли:

- 1) эмболию магистральных брыжеечных артерий;

2) тромбоз стволов магистральных брыжеечных сосудов;

3) внесосудистые странгуляционные причины ишемии (заворот кишки, спаечный процесс, ущемленная грыжа и др.);

4) посттравматическую ишемию (повреждения сосудов, сдавления сосудов гематомой, контузия стенки кишки и др.);

5) нарушение кровоснабжения кишки после оперативных вмешательств (перевязка ветвей брыжеечных сосудов при протезировании аневризмы аорты, перевязка нижних брыжеечных сосудов при раке кишки и др.);

6) первичное поражения мелких сосудов кишки (полиартериит, болезнь Бюргера, системная красная волчанка и др.);

7) недостаточность кровообращения.

Обратимость некробиотических процессов в стенке кишки, в зависимости от продолжительности ишемии выражалась в разделении процесса по стадиям:

1) стадия обратимой ишемии (до 6 часов);

2) стадия реперфузионных расстройств (от 6 до 9-12 часов);

3) стадия инфаркта кишки (от 9-12 до 24 часов);

4) стадия разлитого перитонита (больше 24 часов).

По отношению к сосудистым бассейнам выделяли: 1) артериальные; 2) венозные; 3) смешанные артерио-венозные нарушения кровообращения.

По распространенности:

1) очаговые (острые язвы),

2) сегментарные,

3) субтотальные,

4) тотальные.

В зависимости от клинической формы заболевания выделяли:

1) транзиторный ишемический колит;

2) ишемический инфаркт.

Осложнения заболевания делили на ранние и поздние.

К первым относили:

1) острое кишечное кровотечение;

2) гангрену стенки кишки;

3) перфорацию острых язв;

4) перитонит;

к поздним:

1) формирование постишемической стриктуры кишки;

2) развития синдрома раздраженной кишки.

Выводы.

1. В структуре ургентной абдоминальной патологии острые ишемические поражения толстой кишки составляют 0,017%.

2. Основными этиологическими факторами острой ишемии толстой кишки являются нарушения кровотока по магистральным брыжеечным сосудам, вследствие тромбоза, эмболии, сдавления сосудов извне при ОКН или травме, первичные сосудистые заболевания, а также недостаточность кровообращения.

3. Объем и результат лечения больных с острой ишемией толстой кишки напрямую зависит от стадии и формы ишемии, а также от развившихся осложнений.

Литература.

1. Орел, Ю. Г. Реваскуляризація кишок при гостриме-

зентеральн. ішемії / Ю. Г. Орел // Шпитальна хірургія. - 2008. - № 4. - С. 38-41.

2. Chang, R. Update in management of mesenteric ischemia / R. Chang, J. Chang, W. Longo // World J. Gastroenterol. - 2006. - Vol. 28, N 12 (20). - P. 3243-3247.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ

Большов А.В., Третьяк С.И., Рубахов О.И.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Осложнения со стороны органов дыхания - это частая патология послеоперационного периода, которая развивается, согласно сообщениям некоторых авторов, после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в 50 - 60% [1]. Однако в литературных источниках имеется значительная вариабельность данных по этому вопросу, что объясняется скрытым течением процесса, превалированием клиники других сопутствующих осложнений, а также учетом авторами только определенных видов этой патологии.

Цель. Выявление частоты, факторов риска и наиболее вероятных причин бронхолегочно-плевральных осложнений, развивающихся после удаления селезенки.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 304 пациентов, которым выполнялась спленэктомия в условиях отделения портальной гипертензии УЗ "9-я ГКБ" г. Минска за период с 1990 по 2006 годы. В группу вошли 143 больных с синдромом портальной гипертензии, 123 - с гематологическими заболеваниями, 24 - с очаговыми образованиями селезенки, в 14 случаях имели место другие показания к удалению селезенки. Регистрировались осложнения, развившиеся за период от начала операции до момента выписки из стационара. Средняя продолжительность наблюдения составила $16,8 \pm 9,2$ дней.

С целью выявления факторов риска изолированных бронхолегочно-плевральных осложнений, использовался метод бинарной логистической регрессии с расчетом показателя отношения шансов (OR) и 95% доверительного интервала.

Результаты и обсуждение. Всего было зарегистрировано 101 осложнение у 78 (25,7%) пациентов. Общая летальность составила 5,6%. В группу "бронхолегочно-плевральные осложнения" вошли 45 больных (14,8% от общего числа оперированных пациентов и 44,6% от всех осложнений). В большинстве случаев патология органов дыхания верифицировались к концу первой недели после операции ($Me [25-75] = 8 [6-10]$ дней). В 33 случаях (73,3%) было диагностировано левостороннее поражение, из них в 13 - очаговая нижнедолевая пневмония, в 14 - плевропневмония, в 4 - плеврит. При дальнейшем обследовании у 16 (35,6%) из 45 больных были выявлены и другие виды осложнений, 8 из которых гнойно-воспалительного

Факторы	Отношение шансов (OR)	95% доверительный интервал OR	
		нижний	верхний
Пол	0,58	0,11	2,97
Возраст	1,03	0,96	1,10
Сахарный диабет	8,00	0,59	109,15
Наличие асцита	2,15	0,30	15,54
Спленомегалия	0,13	0,01	1,34
Симультанные вмешательства	0,21	0,02	1,84
Периспленит	15,58	2,12	114,83
Операционная кровопотеря >1л	4,14	0,32	53,85
Продолжительность операции	1,05	1,02	1,08

характера и 4 - патология поджелудочной железы. Послеоперационной летальности не было. Отмечено увеличение послеоперационного пребывания больных с бронхолегочно-плевральными осложнениями в стационаре (Me [25-75] = 21 [14-24] дней; Mann-Whitney U-test = 656,5; P < 0,001).

В качестве потенциальных факторов риска развития бронхолегочно-плевральных осложнений спленэктомии, нами были рассмотрены 9 клинических признаков, представленных в таблице.

Выводы.

1. Осложнения со стороны органов дыхания достоверно удлиняют сроки пребывания пациента в стационаре после операции, что приводит к увеличению затрат на лечение.

2. Бронхолегочно-плевральные осложнения, возникающие после спленэктомии, характеризуются более частым левосторонним поражением с локализацией процесса в нижних отделах легкого и плевральной полости. Это связано с зоной операционной травмы и патологическими процессами, формирующимися в области вмешательства (левое поддиафрагмальное пространство).

3. Статистически значимыми факторами риска развития патологии со стороны органов дыхания после спленэктомии явились периспленит и продолжительность операции. Отмечена также тенденция повышения частоты бронхолегочно-плевральных осложнений у больных с синдромом портальной гипертензии, сопутствующим сахарным диабетом и после тяжелой операционной кровопотери.

Литература:

1. Хирургическая операция: расстройство гомеостаза, предоперационная подготовка, послеоперационный период: учеб. пособие / И. Я. Макшанов [и др.]; под ред. И. Я. Макшанова. - Минск: Интерпрессервис; Кн. Дом, 2002. - 416 с.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Величко А.В., Дундаров З.А., Лин В.В.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Острый холецистит занимает важное место в структуре хирургической патологии. На фоне интенсивного консервативного лечения с применением антибактериальных препаратов возможно развитие гнойно-деструктивных форм острого холецистита со скудной клинической симптоматикой. Это ведет к удлинению предоперационного периода, что осложняет последствия оперативного вмешательства.

Цель. Оценка значимости диагностических критериев и своевременности оперативного вмешательства у пациентов с различными формами острого холецистита.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 212 пациентов с различными формами острого холецистита, проходивших лечение в Гомельской областной клинической больнице за период с 2007-2008 год.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 38 (17,9%), женщин 174 (82,1%). Средний возраст больных - 51,5 ± 2,34 лет. Всем больным в различные сроки от поступления была выполнена холецистэктомия одним из трёх способов (открытая холецистэктомия, холецистэктомия из мини доступа и лапароскопическая холецистэктомия). Больные были разделены на 2 группы. Первую составили пациенты с острым холециститом, оперированные в срочном порядке (n=142); вторую группу составили больные, поступившие для планового оперативного лечения по поводу хронического холецистита, у которых на основании интраоперационных данных и патологогистологического заключения были выявлены различные формы острого холецистита (n=70). Клинико-лабораторные показатели были сопоставлены с данными, полученными при сонографии и во время операции.

В первой группе пациентов местные симптомы острого холецистита (боль в правом подреберье, дефанс мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Кера) выявлены в 50,7% случаев, тогда как во второй группе больных они присутствовали лишь в 11,4% наблюдений. Присутствие признаков синдрома системной воспалительной реакции в первой группе отмечено в 68,83% случаев. Тогда, как во второй группе те же критерии определялись у 13,8% больных.

У 44 пациентов из разных групп проведён иммунологический анализ. Результаты представлены в таблице.

При этом у пациентов второй группы выявлено снижение доли лимфоцитов, а также уменьшение в первой и второй группах соотношения Т-хелперов к Т-супрессорам за счёт увеличения Т-супрессоров. Эти результаты могут свидетельствовать об угнетении иммунной системы у пациентов с малосимптомными формами острого холецистита на фоне вялотекущего

Таблица . Результаты иммунологического исследования у больных в первой, второй и контрольной группах (M±m)

	Первая группа	Вторая группа	Контрольная группа
Лимфоциты, %	29,96±1,2	14±1,43	29,67±1,32
Т-лимф. тыс.*10 ⁹ /л	0,88±0,03	0,66±0,04	0,63±0,02
В-лимф.тыс.*10 ⁹ /л	0,33±0,04	0,286±0,03	0,31±0,012
Тхелперы,тыс.*10 ⁹ /л	0,52±0,01	0,468±0,021	0,465±0,014
Тсупрес.,тыс.*10 ⁹ /л	0,4±0,02	0,2±0,02	0,157±0,01
Тхелп/Тсупр	1,5±0,05	2,9±0,14	3,3±0,06
Ig G, г/л	10,44±0,4	9,96±0,52	9,52±0,34
Ig A, г/л	2,38±0,3	1,74±0,24	1,48±0,12
Ig M, г/л	0,94±0,02	0,97±0,05	1,06±0,02

воспалительного процесса в желчном пузыре.

УЗ-признаки острого холецистита (утолщение стенки, изменения структуры стенки - "двойной контур", слоистость, деформация, увеличение размеров, наличие вклиненного камня в шейке желчного пузыря) были как в первой (87%), так и во второй (68,57%) группах. Технические трудности во время операции, связанные с наличием плотного инфильтрата в шейке желчного пузыря, были отмечены в 21,1% случаев в первой группе, и в 57,1% случаев во второй группе. При выполнении оперативного вмешательства во второй группе больных конверсии были выполнены в 14,29% случаев. Длительность оперативного вмешательства была также наибольшей во второй группе - 90,3±5,6 мин., тогда как в первой группе она составила 54±9,6 мин.

Выводы.

1. Клинико-лабораторная симптоматика при остром холецистите не всегда объективно отражает морфологические изменения в стенке желчного пузыря.

2. Наиболее достоверно воспалительный процесс в желчном пузыре характеризуют данные сонографии.

3. При выявлении увеличения размеров, толщины стенки желчного пузыря, наличия вклиненного камня в его шейке, слоистости стенки и её "двойного" контура при УЗИ, следует устанавливать показания к срочному оперативному вмешательству.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Вербицкий В.Г., Гмир С.В.

Военно-медицинская академия,

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Современное состояние проблемы лечения кровотечений из хронических язв желудка и 12-перстной кишки характеризуется относительным увеличением доли тяжелой кровопотери пациентов пожилого и старческого возрастов с выраженной сопутствующей патологией [1, 2].

Цель. Разработка тактики лечения ЯГДК у больных с высоким риском превентивной радикальной операции.

Материалы и методы. В основу работы легли результаты лечения 131 пациента, отнесенных к "группе риска операции", с кровотечением из хронических язв желудка и 12-перстной кишки, лечившихся во 2-й клинике (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова на базе НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2005 - 2006 гг. К "группе риска операции" относили больных с IV - V степенью тяжести соматического состояния и риском радикального оперативного вмешательства 3 "Э" степени по классификации Американского общества анестезиологов (ASA), а также имевшие более 20 баллов по шкале оценки полиорганной недостаточности APACHE II (Acute Physiology Age Chronic Health Evaluation). Среди больных мужчин было 75 (57%), женщин - 56 (43%). У 51 (39%) пациентов источником кровотечения была хроническая язва 12-перстной кишки, у 73 (56%) - хроническая язва желудка. Сочетанные язвы 12-перстной кишки и желудка встречались относительно редко - в 7 (5 %) случаях. Эндоскопические признаки вероятности рецидива ЯГДК оценивали по классификации J.A. Forrest et al. (1974).

Результаты и обсуждение. Всех пациентов "группы риска операции" с признаками ЖКК относили к группе "тяжелое ЖКК". Эти пациенты направлялись в отделение хирургической реанимации (ОХР) для дальнейшего обследования и лечения. Лечение пациентов с "тяжелыми ЯГДК" начинали с первых минут нахождения в отделении хирургической реанимации с проведения комплексной консервативной терапии. В состав комплексной консервативной терапии входила интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия, гемостатическая терапия, антисекреторная терапия. В течение двух часов после поступления пациентов в стационар, выполняли диагностическую фиброгастродуоденоскопию (ФГДС). Клинико-лабораторные данные и эндоскопические критерии высокого риска рецидива кровотечения (F Ia, b, c; F IIa, b) являлись показанием к немедленному эндоскопическому гемостазу. После первичной ФГДС всем больным с высоким риском рецидива язвенного кровотечения (F Ia, b, c; F IIa, b) не позднее 12 часов после первичного исследования выполняли контрольную ФГДС для оценки динамики эндоскопических признаков язвенного кровотечения с целью определения показаний к отсроченной операции или необходимости повторного эндоскопического гемостаза при отсутствии благоприятной динамики эндоскопических признаков кровотечения. Под благоприятной динамикой эндоскопических признаков кровотечения понимали отсутствие крови в просвете желудка (12-перстной кишки), изменение признаков кровотечения до Forrest IIc, III. Оперативные вмешательства у пациентов "группы риска операции" разделяли на неотложные в течение 2-х часов и срочные (отсроченные), в течение 24 часов после поступления. При определении показаний к оперативным вмешательствам придерживались следующих принципиальных положений.

1. Неотложные операции показаны при продолжающемся язвенном кровотечении и неэффективности лечебной эндоскопии, а также при рецидиве кровотечения в стационаре.

2. Срочную (отсроченную) операцию, в течение 24 часов после поступления, выполняли пациентам с высоким риском рецидива кровотечения после успешной

лечебной эндоскопии и отсутствии благоприятной динамики эндоскопических признаков кровотечения по данным контрольного эндоскопического исследования.

36 (27%) из 131 пациента были оперированы, из них 27 выполнены неотложные оперативные вмешательства, 9 - отсроченные операции. Послеоперационная летальность составила 11 (30,5%). Все эпизоды послеоперационной летальности наблюдались после неотложных оперативных вмешательств.

Комплексная консервативная терапия проводилась 95 (73%) из 131 пациента с высоким риском операции. Летальность после консервативной терапии составила 6,3%. Общая летальность в группе была 13% пациентов.

Выводы. Используемая тактика лечения тяжелых ЯГДК у пациентов с высоким риском оперативного вмешательства представляется перспективной и позволяет снизить летальность при ЯГДК.

Литература:

1. Вербицкий, В. Г. *Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): руководство для врачей / В. Г. Вербицкий, С. Ф. Багненко, А. А. Курыгин. - СПб.: Политехника, 2004. - 242 с.*

2. *Язвенные желудочно-кишечные кровотечения / А. А. Курыгин [и др.] // Хирургия. - 2002. - № 8. - С. 32-35.*

ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДНО-КАРДИАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Гарелик П.В., Дубровицк О.И., Могилевец Э.В., Шевчук Д. А., Жибер В. М., Гульмантович С.Г. УО "Гродненский государственный медицинский университет", г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Выбор метода лечения больных с острыми пищеводно-кардиальными кровотечениями из варикозно расширенных вен (ВРВ) остаётся сложным и нерешённым вопросом. Увеличение числа больных и количества тяжёлых, и опасных для жизни осложнений, неудовлетворённость результатами лечения, как консервативного, так и оперативного, оставляют эту проблему в числе актуальных и диктуют необходимость поиска путей улучшения результатов лечения этого тяжёлого заболевания.

Цель работы. Анализ собственных результатов применения плановой склеротерапии в системе профилактики и лечения кровотечений из ВРВ пищеводно-кардиальной зоны.

Материал и методы. В клинику общей хирургии с мая 2002г. по апрель 2010г. госпитализировано 3344 больных с гастродуоденальными кровотечениями (ГДК), из них 432 с кровотечением из ВРВ пищеводно-кардиальной зоны, что составило 12,9% от всех поступивших больных с ГДК. Мужчин было 324 (75,0%), женщин - 108 (25,0%), в возрасте от 18 до 69 лет. В реанимационное отделение госпитализировано 357 (82,6%) больных, в

хирургическое - 75 (17,4%). Всем больным при поступлении в стационар выполнена ЭФГДС. Продолжающееся кровотечение установлено у 310 (71,6%), состоявшееся у 122 (28,2%) больных. В клинике разработан и применяется алгоритм оказания неотложной помощи и лечения острых кровотечений из ВРВ пищеводно-кардиальной зоны. Конкретно определена последовательность действий хирурга, направленная на остановку и предотвращение рецидива кровотечения, с последующим проведением комплексного лечения, включающего: заместительную, инфузионно-трансфузионную, гемостатическую терапию, лечение коагулопатии, профилактику печёночной недостаточности, энцефалопатии. Придерживаемся следующих принципов в проведении комплексной терапии: объём инфузии не должен превышать объёма кровопотери; не применяем полиглокин, реополи-клюкин, гемодез, желатиноль; используем солевые растворы и 5-10% растворы глюкозы; с целью кровезамещения - эритроцитарная масса дробными дозами; для коррекции белкового обмена - свежезамороженная плазма и альбумин. С 1997 г. применяется реинфузия асцитической жидкости с асцитосорбцией после фильтрации через диализную колонку. Лабораторно подтверждено увеличение белка в инфузате в 2 раза, при этом уменьшается объём вводимых растворов и не требуется введение альбумина. С 2005г. применяется эндоскопическое склерозирование ВРВ пищевода и желудка, для остановки и профилактики рецидива острых кровотечений, что способствует снижению летальности и улучшению качества проводимого лечения, а с 2007г. - плановая этапная склеротерапия с целью профилактики прогрессирования ВРВ пищеводно-кардиальной зоны и развитие кровотечений.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов показал, что эндогемостаз с применением склерозантов при острых кровотечениях и их рецидиве, а также накопленный, хотя и небольшой опыт, позволили нам применить склерозирование ВРВ пищеводно-кардиальной зоны у 24 больных в плановом порядке. Всего проведено 58 сеансов этапных склерозирований 3% этоксисклеролом, от 1 до 10 мл интравазально. За один сеанс склерозировали максимальное количество технически доступных варикозных стволов. В основном проводилось по 2-3 сеанса с контролем через 7-8 дней и 3-6 месяцев, обязательно по показаниям и чаще. Положительный результат отмечен у 19 больных. В течение от 6 месяцев до 1 года рецидивов кровотечения у них не наблюдали, у 5 рецидивы кровотечения повторялись многократно. На высоте кровотечения оперативному лечению подвергнуто 12 (2,8%), пациентоа умерло 8, летальность составила 66,7%, при консервативном лечении умерло 130, летальность - 30,9%. Применяемый комплекс оказания экстренной помощи и лечения этих больных с включением плановой этапной склеротерапии позволяет улучшить непосредственные результаты лечения и снизить летальность. Так, в 2007г. в центр ГДК госпитализировано 49 больных, умерло 16, летальность составила 32,6%, в 2008г. соответственно - 45, умерло 12, летальность - 26,7% и в 2009 г. - 63, умерло 17, летальность - 26,9%.

Выводы. Анализ и изучение причин летальности у

этой тяжелой категории больных позволил по-новому определить наши возможности в оказании экстренной помощи, лечении, профилактике кровотечений из ВРВ пищевода и желудка. В связи с повышением эффективности первичного лечебного склерозирования варикозных вен, появилась возможность прогнозировать и предупреждать развитие кровотечений.

"ТЕМОСТАТИЧЕСКИЙ БЛОК" ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*Гончаров Н.Н.
УЗ "Речицкая ЦРБ",
г. Речица, Республика Беларусь*

В структуре источников гастродуоденальных кровотечений язвы желудка и двенадцатиперстной кишки занимают лидирующую позицию (42-67,5%). Проблема гастродуоденальных язвенных кровотечений (ГДЯК) остается актуальной на протяжении многих лет и далека от разрешения. Высокие цифры (7-20%) послеоперационной летальности и послеоперационных осложнений (5-40%) у больных с ГДЯК диктуют необходимость оптимизации лечебной тактики при данной патологии.

Цель исследования. Максимально снизить число рецидивов язвенных геморрагий и показать эффективность комплексного подхода в проведении гемостаза при ГДЯК.

Материал и методы. Проведен анализ стационарного лечения 1113 пациентов с язвенной болезнью за 2005-2009 гг. 60,7% больных - пациенты хирургического стационара. В работе использовалась классификация ГДЯК и определения степени риска рецидива кровотечения - J.Forrest (1987). Лечение ГДЯК включало эндоскопический, физический, комплексный фармакологический гемостаз и целенаправленное противоязвенное медикаментозное сопровождение. Применялся аппликационный, инъекционный, фото-, эл./коагуляционный и комбинированный (эл./коагуляция + аппликация язвы капрофером, инъекции+эл./коагуляция+аппликация капрофером) эндоскопический гемостаз. Физический гемостаз - физический покой, гипотермия гастродуоденальной зоны и щадящая диета через 6-12 часов с момента госпитализации. Особое внимание уделялось фармакологическому гемостазу. Объем ОЦК восполнялся кристаллоидными, коллоидными растворами и растворами на основе гидроксипропилированного крахмала. Гемокоррекция проводилась при показателях $Hb \leq 80-85$ г/л. Кровопотеря 25-30% ОЦК рассматривалась как коагулопатия потребления; в таких случаях в инфузионную программу включалась трансфузия свежзамороженной плазмы в первоначальном объеме не менее 0,5 литра. Непременное условие гемостаза при ГДЯК - применение антисекреторных препаратов, блокаторов протеаз и фибринолиза. Внутривенно, болюсно, вводились блокаторы протонной помпы или H_2 -блокаторы гистамина и овомин (контрикал) в течение первых трех суток с момента госпитализации больного. С целью уменьшения и нормализации проницаемости

сосудистой стенки, а также активации образования протромбина и превращения его в тромбин назначался этамзилат натрия (дицинон), викасол и хлористый кальций в течение первых пяти суток. Параллельно с гемостатической терапией со вторых суток госпитализации назначалась многокомпонентная "противоязвенная" терапия с обязательным применением антихеликобактерных препаратов. С 6-ых суток госпитализации назначается физиотерапевтическое лечение. Критерием стабильности гемостаза считали отсутствие рецидива кровотечения из язвы в течении первых пяти суток, а критерием эффективности лечения - полное рубцевание пептической язвы в стационаре.

Результаты и обсуждение. Среди стационарных больных с осложненным течением язвенной болезни 68,5% осложнений составили ГДЯК. В течение 2-х часов с момента госпитализации все больные обследованы клинически, лабораторно, эндоскопически; проведен лечебный или превентивный эндоскопический гемостаз. В 89% случаев применен комбинированный метод эндогемостаза. Оперировано 7 больных с профузным кровотечением. Последующие 6-12 часов проводился фармакологический гемостаз с ФГДС-контролем. За это время рецидив ГДЯК имел место у 4-х больных (1,1%), которые прооперированы в экстренном порядке. Тем не менее, при контрольной ФГДС выделялась группа больных с высоким риском рецидива кровотечения. В этой группе продолжали проводить комплексный фармакологический гемостаз + многокомпонентную противоязвенную терапию в течение 72 часов с очередным эндоскопическим контролем. Рецидива кровотечения за этот период не было. Оперативная активность составила 3,2% с послеоперационной летальностью 9,1%. За последнее пятилетие оперативная активность при ГДЯК снизилась в два раза.

Применение активной "противоязвенной" терапии параллельно с проведением комплексного гемостаза позволило добиться полного рубцевания пептических язв при выписке больных из стационара в 99% случаев при среднем показателе койко/дня - 14-18.

Выводы. "Гемостатический блок" при ГДЯК - это конструктивное сочетание эндоскопического, комплексного фармакологического и физического гемостаза, а также целенаправленное противоязвенное медикаментозное сопровождение, позволяющее свести до минимума число рецидивов язвенных геморрагий и снизить количество неотложных оперативных вмешательств, которые выполнялись бы в экстремальных, неблагоприятных условиях как для пациента, так и для хирурга.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Гончаров Н.Н., Василевич В.С.
УЗ "Речицкая ЦРБ",
г. Речица, Республика Беларусь*

Несмотря на достижения современной медицины,

острая хирургическая патология продолжает оставаться медицинской, демографической и экономической проблемой. Оказание urgentной хирургической помощи характеризуется ограниченностью во времени принятия тактических решений, наличием нестандартных ситуаций, экономически затратными технологиями лечения больных. Все это требует поиска оптимальных схем и методик оказания экстренной хирургической помощи. Внедрение инноваций в лечебно-диагностический процесс у больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости есть насущная потребность сегодняшнего дня.

Цель. Определить значимость и клиническую эффективность внедрения инновационных технологий в оказание экстренной медицинской помощи больным с острой абдоминальной патологией.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 3893 больных с острой абдоминальной хирургической патологией в 2005-2009гг., что составило 31,8% от общего числа больных хирургического стационара. Диагностика патологии включала общеклинический, лабораторный, рентгенологический, эндоскопический и ультразвуковой методы. В работе использовались "Клинические протоколы диагностики и лечения взрослого населения с острыми хирургическими болезнями", утвержденные МЗ РБ. Инновации применены при лечении 3-х (гастродуоденальные кровотечения, острый холецистит, острый панкреатит) из 7-ми учетных острых хирургических заболеваний брюшной полости. При гастродуоденальных кровотечениях - режим непрерывного фармакологического, физического гемостаза с эндоскопическим контролем и медикаментозным противоязвенным сопровождением в течение 72 часов с момента госпитализации больного. При остром холецистите - режим динамической лабораторной, ультразвуковой и эндоскопической диагностики в течение 6-24 часов с момента госпитализации с финишной, как правило, лапароскопической холецистэктомией. При остром панкреатите - лечебно-диагностический ритм (клиническая, лабораторная, ультразвуковая, эндоскопическая диагностика) в течение 6-12 часов от момента госпитализации с целью клинико-морфологической дифференцировки формы и вида течения заболевания с последующим выбором степени интенсивности терапии.

Результаты и обсуждение. За изучаемый период пролечено 346 больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Прооперировано 7 пациентов с профузным кровотечением. У 1,1% больных развился рецидив кровотечения в стационаре, и они оперированы в срочном порядке. Неотложные оперативные вмешательства производились только в случае профузного характера кровотечения или рецидива кровотечения в стационаре. Эндоскопический гемостаз проводился только комбинированными, экономически незатратными способами: электрокоагуляция + аппликация язвы капрофером, инъекции 70% этанола + электрокоагуляция + аппликация язвы капрофером. Оперативная активность составила 3,2% с послеоперационной летальностью 9,1%. Внедрение инновационных схем лечения позволило к 2010 году свести до минимума число рецидивов кровотечений в стационаре, уменьшить экстренную оперативную активность до 2,9% и снизить послеоперационную

летальность на 15,2%. За отчетный период пролечено 876 больных с острым холециститом. Мы полностью отказались от первоначального назначения антибиотиков, используя непродолжительный курс инфузионной терапии кристаллоидными и коллоидными растворами с болюсным введением блокаторов протеаз и динамическим УЗИ-контролем желчного пузыря. Оперативная активность составила 32,1% при послеоперационной летальности 0,3%. Использование инновационных технологий позволило повысить к 2010 году оперативную активность до 40%, увеличить досрочную оперативную активность на 37,2% при неизменной послеоперационной летальности за счет раннего выявления деструкции желчного пузыря. Причем, 81% холецистэктомий выполнены видеолaparоскопическим способом. За последние 5 лет пролечено 527 больных с острым панкреатитом. У 31,2% больных заболевание имело тяжелое течение. Тяжесть течения острого панкреатита была определена в течении первых 6-18 часов благодаря четкой организации первоначальных лечебных мероприятий (обрывная терапия в полном объеме) и проведении динамических УЗИ. Оперативная активность - 3,6%; летальность - 37,6%. Внедренные методы ранней санационной лапароскопии и чрезкожной тонкоигольной пункции жидкостных образований позволили снизить послеоперационную летальность на 4,3%, уменьшить число инфицированных панкреонекрозов и локализовать распространение панкреатического инфильтрата.

Анализируя выше изложенное, следует подчеркнуть, что, при формировании инновационной политики в лечении больных основное значение приобретают выбор и реализация инструментов, позволяющих существенным образом улучшить качество медицинской помощи. К таким инструментам следует отнести правильный организационный подход к лечебно-диагностическому процессу у больных с острой хирургической патологией брюшной полости (динамический лабораторный, ультразвуковой и эндоскопический контроль патологического процесса), максимально рациональное применение фармакологических средств (обрывная терапия), использование малоинвазивных методов лечения.

Выводы. Использование инноваций в лечебнодиагностическом процессе при острой абдоминальной хирургической патологии позволяет улучшить результаты и качество лечения больных, влиять на демографическую ситуацию региона и получать определенный экономический эффект.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ УЗ-КРИТЕРИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА И КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Горбачева И.В.

Московская Медицинская Академия им. И.М Сеченова,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Расширение объема оперативных вмешательств в последние годы привело к увеличению количества и утяжелению течения интраабдоминальных

послеоперационных осложнений. Основное место среди них занимают перитонит, ранняя спаечная кишечная непроходимость и динамическая кишечная непроходимость (послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта).

Цель. Выработать дифференциально-диагностические ультразвуковые критерии абдоминальных осложнений.

Материал и методы. В послеоперационном периоде мы проводили динамическое УЗИ-наблюдение у 760 больных с 2002 по 2009 г.г., после вмешательств на органах брюшной полости, в том числе по поводу перитонита. Всем больным выполнялось динамическое ультразвуковое наблюдение с первых суток послеоперационного периода.

Результаты и обсуждения. Характерными отличиями динамической кишечной непроходимости являются: петли кишки не более 2,5 см в диаметре, преобладает газообразное содержимое и гиперэхогенное содержимое, стенка кишки гиперэхогенная, толщина ее не превышает 3 мм, складки слизистой не лоцируются, свободная жидкость не лоцируется или лоцируется в небольшом количестве, перистальтика вялая, иногда может отсутствовать. Явления послеоперационного пареза кишечника выявляются с первых суток после операции. При консервативной терапии, стимуляции двигательной активности кишечника, наблюдается полная регрессия данных ультразвуковых критериев. При спаечной кишечной непроходимости: просвет кишки расширен соответственно уровню препятствия более чем на 2,5-3 см, в просвете жидкостное содержимое с гиперэхогенными включениями, толщина стенки колеблется от 5 до 7 мм, но структура ее гиперэхогенная, однородная. Перистальтика волнообразная, усиленная у места препятствия. Складки слизистой хорошо визуализируются на поперечном и продольном срезах. Свободная жидкость лоцируется в малом тазу и латеральных каналах, эхонегативна, без включений. При перитоните просвет кишки расширен от 3 до 5 см. Наибольший диаметр кишки отмечается в области локализации источника перитонита, содержимое эхонегативное, количество гиперэхогенных включений мало, стенка кишки утолщена, от 5 до 10 мм, имеет слоистую структуру, подобно стенке желчного пузыря при остром холецистите, складки слизистой расширены до 5-6 мм, однородной структуры, перистальтика вялая или отсутствует, свободная жидкость лоцируется во всех областях.

Выводы. Таким образом, ультразвуковое исследование позволяет проводить дифференциальный диагноз при различных внутрибрюшных послеоперационных осложнениях и корректировать тактику ведения больного. Достоверность метода 98%.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Гузун В.В.

ГУМФ им. Н.А.Тестемицану,

г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Острый аппендицит (ОА), развивающийся во время беременности, остаётся сложной и недостаточно изученной проблемой срочной хирургии. По данным различных авторов, ОА у беременных встречается с частотой от 1:5000 до 1:500 наблюдений [1]. Помимо сложностей клинической диагностики заболевания, важным вопросом является выбор оптимального хирургического доступа, обеспечивающего удобное выполнение операции и малую травматичность.

Цель. Изучить особенности диагностики острого аппендицита во время беременности и оптимизировать хирургический доступ.

Материал и методы. На протяжении 2007 - 2010 годов были госпитализированы в срочном порядке 57 беременных с подозрением на ОА. Возраст больных составил от 18 до 31 лет, срок беременности от 4 до 38 недель.

Результаты и обсуждение. Наличие локальной боли и мышечного напряжения в правой половине живота были отмечены в 89% случаев и являлись наиболее достоверными признаками ОА при беременности.

Количество лейкоцитов в исследуемой группе больных варьировало от нормального до $20 \times 10^9/\text{л}$. При оценке лабораторных показателей необходимо учитывать, что лейкоцитоз представляет нормальную физиологическую реакцию и характерен для неосложненной беременности. Существенная роль в диагностике ОА у беременных отводится ультразвуковому исследованию (УЗИ) брюшной полости. В нашем исследовании при выполнении УЗИ использовали методику "дозированной компрессии", предложенную в 1987 году J.V.Puylaert для диагностики ОА [2]. Во второй половине беременности УЗИ производили в положении больной на левом боку.

Основным симптомом ОА считали отсутствие компрессии просвета червеобразного отростка при надавливании ультразвуковым датчиком на переднюю брюшную стенку. К дополнительным ультразвуковым признакам ОА относили увеличение диаметра червеобразного отростка, утолщение его стенок, появление свободной жидкости в брюшной полости и отёк окружающих тканей. В отсутствии перечисленных изменений отмечали локализацию купола слепой кишки и оценивали её соотношение с субъективной локализацией боли и точкой максимальной болезненности при пальпации живота. При использовании описанной методики чувствительность УЗИ для диагностики ОА у беременных составила 82%, а специфичность 91%. Хирургическое вмешательство производили в случаях, когда диагноз ОА не вызывал сомнений или при невозможности его исключения. Из 57 беременных, госпитализированных с подозрением на

ОА, хирургическое вмешательство было произведено в 45 (78,9%) случаях. Среднее время от момента госпитализации до операции составило 18 часов (интервал 3-72 часа). В первой половине беременности операцию выполняли классическим доступом по McBurney. При более поздних сроках доступ проводился выше точки McBurney в проекции максимальной болезненности при пальпации. При планировании хирургического доступа принимали во внимание данные об анатомическом расположении купола слепой кишки в зависимости от срока беременности, описанные J.L. Baer и соавторами [3], а также срок беременности, локализацию болей и данные ультразвукового исследования.

Выводы. Комплексная оценка клинических и ультразвуковых данных позволила уточнить место выполнения хирургического доступа, ограничивая, тем самым его травматичность и обеспечивая удобство выполнения вмешательства.

Ультразвуковое сканирование с применением техники "дозированной компрессии" является перспективным методом дифференциальной диагностики острого живота у беременных.

Точность диагностики ОА у беременных является более важным фактором, чем время, затраченное на постановку правильного диагноза.

Литература:

1. Andersson, R. E. Incidence of appendicitis during pregnancy / R. E. Andersson, M. Lambe // *Int. J. Epidemiol.* - 2001. - Vol. 30, N 4. - P. 1281-1285.

2. Puylaert, J. B. A prospective study of ultrasonography in the diagnosis of appendicitis / J. B. Puylaert [et al.] // *N. Engl. J. Med.* - 1987. - Vol. 317, N 11. - P. 666-669.

ПУНКЦИОННЫЕ И ДРЕНИРУЮЩИЕ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Довнар И.С., Дубровицк О.И., Цилиндзь И.Т., Кояло С.И., Филиппович А.В., Сак В.Г.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время отмечается неуклонный рост количества больных острым холециститом в первую очередь за счет увеличения количества пациентов преклонного возраста с выраженной сопутствующей патологией. Согласно литературным данным, общая и послеоперационная летальность у больных острым холециститом старших возрастных групп составляет соответственно 2-8% и 6-33%, а при наличии сопутствующей патологии внепеченочных желчных путей возрастает до 43%, в 5-10 раз превышая аналогичные показатели для пациентов молодого возраста.

Тактика при остром холецистите у больных пожилого возраста представляется наиболее дискуссионной проблемой в желчной хирургии. Основные разногласия возникают при обсуждении вопросов допустимых сроков консервативной терапии острого холецистита и

показаний к экстренному оперативному вмешательству, его объема. При этом многие хирурги признают, что консервативная терапия и длительное наблюдение за пациентами старших возрастных групп чревата возможностью быстрого развития осложнений. Высокий риск выполнения холецистэктомии у данных больных обуславливает более широкое применение оперативных вмешательств, дренирующих желчный пузырь.

Благодаря внедрению в клиническую практику современной эндоскопической и эхографической аппаратуры альтернативой хирургической холецистостомии стала холецистостомия лапароскопическая и эхоконтролируемая.

При неосложненном течении заболевания показания к холецистостомии возникают при неэффективности консервативного лечения у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, а также в тех случаях, когда острому холециститу сопутствует механическая желтуха.

Цель. Изучение эффективности пункционно-дренирующего метода лечения острого холецистита.

Материал и методы. В клинике общей хирургии с 2002 г. по май 2010 г. чрезкожная чреспеченочная холецистостомия под контролем УЗИ была выполнена 46 больным с острым деструктивным холециститом и выраженной сопутствующей патологией. В подавляющем большинстве случаев эти вмешательства проводились больным старше 70 лет с выраженной сопутствующей патологией. Кроме этого, у 40 больных выполнялась пункция и санация полости желчного пузыря. У 6 пациентов данные лечебные вмешательства выполнялись дважды. В ряде случаев эту операцию дополняли блокадой круглой связки печени под контролем УЗИ.

Дренирование желчного пузыря проводилось у больных с острым холециститом, осложненным эмпиемой желчного пузыря или механической желтухой. У 32 больных холецистостомия выполнялась троакарным методом с применением разработанного в клинике дренажа. В 14 случаях холецистостомия производилась по методике Сельдингера с использованием стандартных дренажей.

Результаты и обсуждение. При остром холецистите у подавляющего большинства пациентов болевой синдром купируется сразу после чреспеченочной пункции желчного пузыря, улучшается общее состояние, в течение 1-3 дней снижается температура тела, нормализуются показатели крови.

После наложения холецистостомы и эвакуации гнойной желчи отмечалось существенное улучшение общего состояния больных: снижалась температура тела, уменьшался болевой синдром, сокращался в размерах желчный пузырь.

В большинстве случаев дренирование желчного пузыря являлось лишь первым этапом лечения острого калькулезного холецистита и после купирования острого процесса коррекции сопутствующей патологии через 3-5 недель 37 больным была выполнена лапароскопическая или открытая холецистэктомия.

Выводы. Раннее применение миниинвазивных методик при остром холецистите, не снижая существенно традиционной операционной активности, позволяет позитивно изменить структуру выполняемых холецистэктомий в пользу отсроченных и плановых вмешательств и добиться достоверного снижения количества послеоперационных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Дундаров З.А., Величко А.В., Адамович Д.М., Лин В.В.
Красюк О.Н. УО "Гомельский государственный
медицинский университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) является самым частым и опасным для жизни осложнением портальной гипертензии (ПГ) и развивается у 80% пациентов. Борьба с пищеводно-желудочными кровотечениями и их предупреждение является одной из главных задач при наличии у больного портальной гипертензии.

Цель. Изучение результатов хирургической профилактики и лечения кровотечений из ВРВПЖ.

Материал и методы. За период 2005-2010 гг. нами в плановом и экстренном порядке прооперировано 43 пациента с циррозом печени и ВРВПЖ. К функциональному классу "А" по Child-Pugh были отнесены 12 больных, к классу "В" - 23, к классу "С" - 8. Мужчин было - 26, женщин - 17. Возраст больных составлял в среднем 51,3±2,4 года. Показаниями к операции были: 1) наличие ВРВПЖ II-III степени по классификации А.Г.Шерцингер (1986) с кровотечениями в анамнезе (17 больных); 2) сочетание эрозивного рефлюкс-эзофагита с ВРВПЖ II-III степени без предшествующих кровотечений (6 больных); 3) ВРВПЖ III степени с наличием эндоскопических "красных сигналов" (11 больных); 4) продолжающееся кровотечение из ВРВПЖ (9 больных). Оперативное вмешательство включало: полную наружную деваскуляризацию абдоминального отдела пищевода до наддиафрагмального уровня, проксимальных отделов (дна и тела) желудка с выполнением расширенной селективной проксимальной ваготомии, спленэктомии (39), трансекцию пищевода аппаратным (32) или ручным (11) способом, фундопликацию по Черноусову.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде умерло 3 (7%) больных от нарастающей печеночно-клеточной недостаточности. Эндоскопически изучена динамика степени ВРВ. До операции ВРВПЖ II степени отмечено у 14 (32,6%) больных, III степени - у 29 (67,4%). После операции ВРВ III ст. не было ни одного больного, II ст. - у 6 (15%), I ст. - у 19 (47,5%) и отсутствие ВРВПЖ у 15 (37,5%) больных. Эпителизация эрозий пищевода отмечена у всех пациентов.

У всех 6 больных с остаточным ВРВПЖ II степени после операции дополнительно проведены сеансы склеротерапии.

Прослежены результаты операций в отдаленном периоде в сроки до 3-х лет. Рецидивы кровотечения из ВРВПЖ отмечены у 3 (7,5%) больных, которые не носили массивного характера и были излечены консервативными мероприятиями.

Выводы. Операции азигопортального разобщения при ПГ у больных циррозом печени патогенетически обоснованы с той точки зрения, что наличие ВРВПЖ при этой патологии обусловлено наличием анатомических

связей воротной вены с венами пищевода и желудка. Отсутствию рецидивов кровотечений способствуют: уменьшение степени варикозного расширения вен сразу после операции со стабильным сохранением этого эффекта; нормальная слизистая оболочка пищевода без признаков рефлюксэзофагита и отсутствие гастроэзофагального рефлюкса; снижение кислотности желудочного сока.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАЛОСИМПТОМНЫХ ФОРМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Дундаров З.А., Величко А.В., Лин В.В.
УО "Гомельский государственный медицинский
университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. За последние десятилетия во многих странах мира отмечается значительный рост заболеваемости как острыми, так и хроническими формами желчнокаменной болезни. Вместе с тем, отмечается тенденция к увеличению развития скрытых гнойно-деструктивных форм острого холецистита со скудной симптоматикой.

Цель. Исследование морфологических особенностей малосимптомных форм острого холецистита может помочь в понимании механизмов их развития, что будет полезным для выделения групп риска по развитию малосимптомных форм острого деструктивного холецистита и оптимизации тактики ведения таких пациентов.

Материал и методы. В исследование включено 212 пациентов с различными формами острого холецистита, проходивших лечение в Гомельской областной клинической больнице за период с 2007 по 2008 гг.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 38 (17,9%), женщин 174 (82,1%). Средний возраст больных - 51,5 ± 2,34 лет. Всем больным в различные сроки от поступления была выполнена холецистэктомия различных видов. Нами было выделено 3 группы. Первую составили больные с острым холециститом, оперированные в срочном порядке (n = 72); во вторую вошли пациенты, поступившие для планового оперативного лечения по поводу хронического холецистита, у которых на основании интраоперационных данных и гистологического заключения были выявлены различные формы острого холецистита (n = 35); третья (контрольная группа) - лица с хроническим калькулёзным холециститом (n = 30). В морфологическое исследование включено 73 желчных пузыря, полученных при холцистэктомии в каждой из трёх групп.

С помощью морфометрической сетки Г.Г. Автандилова на 100 точек количественно оценивалась следующие показатели: объёмные соотношения эпителия и стромы, а также клеточный состав собственной пластинки слизистой оболочки ЖП (лимфоциты, плазмоциты, эозинофилы, нейтрофилы). Выраженность склероза оценивалась визуально в баллах: 1 - слабовыраженный, 2 - умеренновыраженный, 3 - выраженный.

Проведён морфометрический анализ. Количество лимфоцитов достоверно отличалось во всех группах: 1-я - 118,6, 2-я - 175,8, 3-я - 32,0. Плазмоцитов было больше

во 2-й и 3-й группах по сравнению с 1-й, что свидетельствует о преобладании хронического воспаления в этих группах. Количество нейтрофилов значительно преобладало в 1-й группе 235,9, против 9,5 во 2-й и 1,6 в 3-й.

Соотношение эпителия и стромы в 1-й группе составило 17,4 и 82,8, во второй 15,0 и 85,0, в 3-й 9,3 и 91,2 соответственно.

Плотность нервных волокон в первой группе ($2,4 \pm 0,38$) была выше по сравнению со второй ($1,77 \pm 0,17$), что может объяснять меньшую выраженность и скорейшее купирование болевого синдрома у пациентов 2-й группы. В третьей группе плотность нервных волокон составила $4,47 \pm 0,27$, что значимо отличалось от других групп. Расстояние ближайшего воспалительного инфильтрата до нервных волокон в первой группе ($1,14 \pm 0,17$) отличалось от 2-й ($3,79 \pm 0,66$) и 3-й ($4,22 \pm 0,36$).

Выводы.

1. Поскольку провоспалительные медиаторы и продукты жизнедеятельности микроорганизмов из просвета желчного пузыря в общий кровоток всасываются через эпителий, обеспечивая общие проявления воспаления, меньшая доля эпителия во второй группе косвенно может объяснять слабую выраженность интоксикационно-воспалительного синдрома у этих пациентов и соответственно стёртую клиническую картину.

2. Причиной возникновения скрытых форм острого холецистита является предшествующее хроническое воспаление желчного пузыря, ведущее к склерозированию и перестройке его стенки, атрофии эпителия, уменьшению количества нервных волокон и отдалению их от воспалительного инфильтрата.

3. Удлинение сроков консервативного лечения пациентов с острым холециститом может приводить к развитию гнойно-деструктивных форм с выраженным воспалительным перипроцессом и скудной клинико-лабораторной симптоматикой.

Литература:

1. Быков, А. В. Активная хирургическая тактика у пожилых больных с острым холециститом / А. В. Быков, А. Ю. Орешкин, С. Ф. Захаров // *Анналы хирург. гепатологии.* - 2002. - Т. 7, № 1. - С. 92-93.

2. Гальперин, Э. И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э. И. Гальперин, Н. В. Волкова. - М.: Медицина, 1988. - 265 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*Завада Н.В.,
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Проблема лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями живота сохраняет свою актуальность и в настоящее время. Из всех операций на органах брюшной полости, которые были выполнены в Республике Беларусь в 2006 - 2009 годах,

экстренные оперативные вмешательства составили от 33,2% до 36,9%.

В соответствии с приказом МЗ РБ № 674 от 07 июля 2009 года впервые была создана проблемная комиссия Минздрава по неотложной хирургии (председатель - профессор Н.В.Завада). Одной из задач комиссии является углубленный ежемесячный анализ результатов оказания помощи пациентам с экстренной хирургической патологией в учреждениях здравоохранения республики (Приказ МЗ РБ № 298 от 23.03.2009 г.).

Цель. Оценить результаты лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями живота в хирургических стационарах Республики Беларусь.

Материал и методы. В настоящей работе представлены результаты ретроспективного анализа официальных статистических данных Минздрава Беларуси по работе стационаров, оказывающих экстренную хирургическую помощь, за последние 4 года.

Результаты и обсуждение. В учреждениях здравоохранения системы Минздрава в 2009 году было выполнено 37299 операций у пациентов с экстренной хирургической патологией. Это на 469 (1,3%) оперативных вмешательств больше, чем в 2008 году, но на 556 операций (1,5%) меньше, чем в 2006 году. В 2009 году, по сравнению с 2008 годом, увеличилось число оперативных вмешательств при остром холецистите, желудочно-кишечных кровотечениях и прободной язве желудка и 12-перстной кишки.

Несмотря на несомненные успехи хирургической службы республики, обращает на себя внимание, что послеоперационная летальность в целом при экстренных хирургических заболеваниях по показателям за 2009 год, по сравнению с данными за 2008 год, увеличилась в Республике Беларусь с 0,36% до 0,43% (в 1,2 раза). Отмечен рост показателей при:

- остром панкреатите с 7,84% до 8,85% (в 1,1 раза) за счет Витебской, Брестской, Минской и Могилевской областей;
- прободной язве с 1,17% до 1,35% (в 1,15 раза) за счет Гродненской, Минской и Могилевской областей;
- остром аппендиците с 0,004% до 0,03% (в 7,5 раза) за счет г. Минска, Витебской, Гродненской и Минской областей;
- острой кишечной непроходимости с 0,53% до 0,7% (в 1,3 раза) за счет Витебской, Минской и Могилевской областей.

Из всех умерших в 2009 году от экстренной хирургической патологии в Республике Беларусь 54,9% умерли от острого панкреатита.

Обращает на себя внимание то, что в 2009 году, по сравнению с 2008 годом, послеоперационная летальность при остром панкреатите выросла:

- в Могилевской области с 8,28% до 10,1% (в 1,9 раза);
- в Минской области с 7,1% до 7,91% (в 1,1 раза);
- в Витебской области с 10,09% до 19,19% (в 1,9 раза);
- в Брестской области с 5,1% до 9,58% (в 1,9 раза).

Проблемная комиссия Минздрава Беларуси по неотложной хирургии провела углубленный анализ причин роста количества летальных исходов при экстренных хирургических заболеваниях, в первую очередь при остром панкреатите. Установлено, что наиболее частой причиной высокой летальности является

не выполнение протоколов диагностики и лечения острых хирургических заболеваний, включая, в первую очередь, тяжелый острый панкреатит (панкреонекроз). Госпитализация пациентов с тяжелым острым панкреатитом при поступлении в учреждения здравоохранения проводится часто в общее хирургическое отделение, а не в отделение реанимации и интенсивной терапии. Это ведет к несвоевременно начатой "обрывной" терапии. Лечение панкреонекроза проводится нередко в районных больницах или хирургических стационарах городских больниц, которые не могут выполнить лечебный алгоритм при данной патологии. Это ведет к несвоевременной диагностике гнойно-некротических осложнений панкреатита, выполнению оперативных вмешательств на высоте суб- или декомпенсированной полиорганной недостаточности и увеличивает частоту летальных исходов. Комиссией установлены и другие проблемы в оказании помощи пациентам с экстренной хирургической патологией живота. В Министерство здравоохранения Беларуси представлены конкретные предложения по их решению.

Выводы. Экстренная хирургическая помощь населению Республики Беларусь в целом оказывается своевременно, квалифицированно и на достаточно высоком уровне. Вместе с тем, в некоторых регионах республики отмечаются высокие показатели летальности при ряде острых хирургических заболеваний, что требует принятия мер по улучшению данных показателей.

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ТКАНИ ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ

*Зельдин Э.Я., Шиленок В.Н., Капустин С.В.,
Соболь В.Н., Бородавко Н.А.
УО "Витебский государственный медицинский
университет"
г. Витебск, Республика . Беларусь*

Актуальность. В последние годы наблюдается неуклонный рост числа травм различной локализации, которые являются ведущей причиной смерти и потери трудоспособности у лиц моложе 40 лет [1]. Этому способствуют техногенные, природные катастрофы, локальные военные конфликты, транспортные и производственные аварии, криминализация общества [2]. При повреждениях живота селезенка травмируется в 10-30% наблюдений, чаще при закрытой травме [3]. При повреждениях селезенки зачастую вынужденно выполняется спленэктомия. В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что спленэктомия сопровождается множеством послеоперационных осложнений, самым серьезным из которых является постспленэктомический сепсис [3]. После спленэктомии развивается состояние, определяемое как постспленэктомический синдром. Организм становится менее устойчивым к инфекции, легче возникают гнойные осложнения в органах.

Цель. Целью работы являлось показать влияние

функционирования пересаженной селезеночной ткани на некоторые показатели гомеостаза, реологических свойств крови, гемограммы в отдаленном периоде.

Материал и методы. В клинике факультетской хирургии за период с 2002 по 2009 год находились на лечении 284 пациента с закрытой травмой живота. Повреждение селезенки было выявлено у 78 (27,5%) пациентов: женщин - 27, мужчин - 51.

Отдаленные результаты изучены методом анкетирования и амбулаторного обследования у 16 пациентов, из них 8 пациентам выполнена аутоотрансплантация селезеночной ткани в дубликатуру большого сальника. Сроки после операции от 4 месяцев до 7 лет.

Результаты и обсуждение. 63 пациентам была выполнена спленэктомия, 15 - шов селезенки. Аутоотрансплантацию ткани селезенки выполнили 23 пациентам, из них 22 в дубликатуру большого сальника, одному - в прямую мышцу живота.

Для трансплантации использовался неповрежденный участок около объема селезенки, который измельчался до фрагментов 0,3 - 0,4 см.

По данным анкетирования, все пациенты чувствуют себя удовлетворительно, трудоспособность сохранена; 2 пациента, которым была выполнена спленэктомия без аутоотрансплантации, отметили, что чаще стали болеть простудными заболеваниями, один пациент отметил частое возникновение гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки. У одного пациента, которому была выполнена аутоотрансплантация ткани селезенки, указал, что после нарушения диеты, беспокоят боли в эпигастральной области (у него в послеоперационном периоде наблюдали посттравматический панкреатит).

При исследовании содержания эритроцитов ($4,5-4,8 \times 10^{12}$), гемоглобина (134-140 г/л), сывороточного железа (16,8-19,0 мкмоль/л) и ОЖСС (53,7-64,0 мкмоль/л) у пациентов после аутоотрансплантации показатели оставались в пределах нормы, при исследовании показателей коагулограммы отмечалась некоторая тенденция к гиперкоагуляции (АЧТВ - 32-33сек, ПТИ - 1,07-1,1).

Исследована динамика изменений при УЗИ органов брюшной полости у 4 больных в течение года. Приживление селезеночной ткани после аутоотрансплантации доказано при УЗИ: через 1 месяц после операции: в большом сальнике определяются гипоэхогенные структуры 27x22 мм. с неровными контурами, через 1,5 месяца - гипоэхогенные структуры размером 30 x15 мм, через 1 год после операции: в большом сальнике определяется образование напоминающее "гроздь" винограда размером 60x18x17 мм.

Факт приживления селезеночной ткани в большой сальник был визуально подтвержден во время повторной операции по поводу послеоперационной грыжи через 4 года после аутоотрансплантации.

Осложнений при трансплантации ткани селезенки в дубликатуру большого сальника не наблюдалось. Нагноение трансплантата произошло у 1 пациента после пересадки ткани селезенки в прямую мышцу живота.

Выводы.

1. При удалении селезенки по поводу травм во всех случаях при отсутствии перитонита следует проводить

аутотрансплантацию селезеночной ткани преимущественно в большой сальник.

2. По данным УЗИ, доказано сохранение пересажённых участков селезенки с явлениями нарастания массы.

3. В отдаленном периоде после аутотрансплантации отмечается более выраженная устойчивость к простудным и гнойно-некротическим заболеваниям мягких тканей.

Литература:

1. *Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости* / В. С. Савельев [и др.]. - М.: Изд-во "Триада-X", 2004. - 320 с.

2. Брюсов, П. Г. *Хирургическая тактика у пострадавших с сочетанной травмой* / П. Г. Брюсов, В. Е. Розанов // *Оказание помощи при сочетанной травме*. - М., 1997. - С. 64-66.

3. Дурдыев, М. Д. *Аутотрансплантация ткани селезенки у хирургических больных: автореф. дис. ... канд. мед. наук* / М. Д. Дурдыев. - М., 1985.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

*Ковальчук Л. А., Гусак О. М., Беденюк А. Д.,
Господарский А. Я.*

*Тернопольский государственный медицинский университет им. И. Я. Горбачевского,
г. Тернополь, Украина*

Актуальность. Одним из самых тяжелых осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) является кровотечение. Для оценки качества жизни (КЖ) апробированы больше 400 опросников [1]. Однако не изучены факторы, которые влияют на уровень КЖ больных с осложненными формами ЯБДПК [2, 3].

Цель. Спрогнозировать качество жизни больных ЯБДПК с прогностическим высоким риском кровотечения; определить критерии, которые влияют на качество медицинской помощи.

Материал и методы. Мы наблюдали 288 больных с неосложненной формой ЯБДПК с высоким риском развития кровотечения. Среди них женщин было 78 (27,08%), мужчин - 210 (72,92%). Возраст пациентов был от 20 до 69 лет. У 97 (33,7%) больных заболевание осложнилось кровотечением. Кроме традиционного обследования, больным выполняли эндоскопическое обследование, рН-метрию, определяли скорость локального кровотока, состояние общего и местного иммунитета и степень инфицирования *H. pylori*. Также определялся симптомокомплекс, который формирует субъективную оценку качества жизни:

1) астеничный синдром (общая слабость, снижение активности и работоспособности);

2) диспепсический синдром (снижение аппетита, вздутие живота, нарушение стула и горечь в ротовой полости, ощущение тяжести и переполнения в желудке);

3) болевой синдром (тупая постоянная боль в эпигастрии, боль в эпигастрии после еды);

4) общее позитивное восприятие здоровья;

5) активное социальное функционирование;

6) хорошее психологическое здоровье. Исследования проводили с помощью общего опросника SF-36 и "Шкалы оценки гастроэнтерологических симптомов" (GSRS).

Результаты и обсуждение. Для каждого больного программа определяла соответствующие частоты признаков и показатель отношения вероятностей. У больных, которые перенесли кровотечение, скорость кровотока в участке слизистой оболочки бульбарного отдела ДПК была на 37,4% меньше нормы. При анализе кровоточащих язв, расположенных на задней стенке ДПК, отмечено значительное преобладание (31%) язв, диаметром 15 мм и больше, против 8,6% в общей группе, хотя самостоятельно большой диаметр язвы в статистической группе не имеет достоверного влияния на риск развития кровотечения. Это влияние значительно усиливается при увеличении возраста пациентов больше 50 лет. У инфицированных *H. pylori* пациентов выявлено существенное снижение уровня Т-лимфоцитов (54,3%) на фоне нарастания содержимого низкокодифференцированных О- и "неполных" клеток. Наблюдалось снижение содержимого иммуноглобулина класса А у больных (1,2 г/л против 1,6), что в значительной мере снижает возможность противобактериальной защиты. Под наблюдением были 288 больных, у которых на основе компьютерной математической модели прогнозировался высокий риск развития кровотечения из ДПК. Для оценки качества жизни все больные, которые наблюдались, были разделены на 3 группы - те, которые лечились лишь при обострении язвенной болезни; больные, которые получали профилактическое лечение в связи с риском развития кровотечения и больные, в которых хотя бы раз был эпизод кровотечения из язвы ДПК с дальнейшим успешным лечением. При обследовании больных по результатам клинично-anamnestических данных на основе опросника SF-36 была проведена оценка показателей качества жизни больных с ЯБДПК.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о низком уровне КЖ у больных язвенной болезнью и достоверном его улучшении в процессе лечения. Применение метода прогнозирования кровотечения при лечении ЯБДПК на основе математической модели дает возможность существенно повысить КЖ больных и предупредить кровотечение. Методика последовательной прогностической процедуры может широко использоваться для прогнозирования кровотечения и рекомендаций относительно диспансеризации больных для улучшения качества жизни.

Литература:

1. *Погосова, Г. В. Качество жизни больных язвенной болезнью* / Г. В. Погосова, И. В. Осипова, И. А. Подъяпольская // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. - 2006. - № 4. - С. 38-40.

2. *Передерий В. Г. От Маастрихта 1 - 1996 к Маастрихта 3 - 2005: десятилетний путь революционных преобразований в лечении желудочно-кишечных заболеваний* / В. Г. Передерий, С. М. Ткач, Б. Н. Марусанич

// *Соврем. гастроэнтерол.* - 2005. - № 6. - С. 4-8.

3. *Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection - the Maastricht 2-2000 Consensus Report / P. Malfertheiner [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther.* - 2002. - Vol. 16, N 2. - P. 80-167.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ И ИНФАРКТА КИШЕЧНИКА

Коровин А.Я., Андреева М.Б.,
Кизищенко Н.Н., Пасюга В.Т.
ГОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский
университет"
г. Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Лечение больных с острой артериальной ишемией кишечника (ОАИК), сопровождается значительными трудностями на всех этапах лечебно - диагностического процесса. Небольшой интерес к данной проблеме во многом связан с тем пессимизмом, который порождают результаты лечения этой патологии. Летальность при ОАИК сохраняется на уровне 70-90% [1, 2]. Полиморфная картина заболевания с множеством нозологических "масок", отсутствие патогномичных симптомов, затрудняют клиническую диагностику [2, 3]. С учётом сосудистого генеза заболевания, эталоном диагностики должно служить сочетание селективной мезентериографии, дуплексного сканирования и компьютерной томографии. Имеются возможности использования маркеров системной воспалительной реакции в ранней диагностике, динамического наблюдения за больными с ОАИК и прогнозировании течения патологии. Существует необходимость в создании технически простого способа объективизации жизнеспособности кишечной стенки. Остаётся малоизученным реперфузионный синдром при реваскуляризации кишечника. Невыяснен характер и тип шоковых реакций при ОАИК, а соответственно методы профилактики, местного и общего лечения токсического шока [1, 3]. Существует необходимость в создании технически простого способа объективизации жизнеспособности кишечной стенки. Остаётся малоизученным реперфузионный синдром при реваскуляризации кишечника. Невыяснен характер и тип шоковых реакций при ОАИК, а соответственно методы профилактики, местного и общего лечения токсического шока [1, 3]. Существует необходимость в создании технически простого способа объективизации жизнеспособности кишечной стенки. Остаётся малоизученным реперфузионный синдром при реваскуляризации кишечника. Невыяснен характер и тип шоковых реакций при ОАИК, а соответственно методы профилактики, местного и общего лечения токсического шока [1, 3].

Цель. Изучить группу больных с ОАИК в диагностическом и лечебном аспектах. Создать протокол лечения ОАИК, основанный на алгоритме ранней диагностики, комплексном методе оценки жизнеспособности кишки, модифицированной многоэтапной хирургической тактике и опережающей терапии реперфузионного синдрома. Оценить результаты хирургического лечения при этой экстренной хирургической патологии.

Материалы и методы. Изучены 124 клинических случая ОАИК, больные оперированы в Клинической больнице СМП г. Краснодара в 2001 - 2009 гг. Использовались клинические и специальные методы до-, интра- и

послеоперационного исследования: дуплексное сканирование, компьютерная томография, электромагнитная флуометрия, исследование уровня Д-димера в плазме крови и динамическая лапароскопия.

Результаты и обсуждение. Выявлено сочетание признаков, позволяющих с большой долей вероятности заподозрить ОАИК. Таковыми явились комбинация болевого синдрома, явлений нарушения моторики кишечника, гиперферментемии, метаболического ацидоза, гиперлейкоцитоза в сочетании с эмбологенными факторами. Исследовано содержание Д-димера в плазме крови 21 больного с подтверждённым лапароскопически диагнозом ОАИК. Во всех случаях острой ишемии содержание Д-димера было повышено и составляло от 0,7 до 1,5 мг/л. Повышение уровня Д-димера оценивалось в совокупности с другими признаками мезентериальной ишемии. В группе методов объективного исследования - методом выбора явилась компьютерная томография (КТ). Специфичность метода составила - 89%, чувствительность КТ достигала 97%. Наиболее уязвимым явился коллектор верхней брыжеечной артерии (ВБА) - 91% случаев. Эмболии ВБА составили 55,3%. Хирургическая тактика при ОАИК обоснована в фундаментальных работах отечественных и зарубежных исследователей и практически без изменений применяется повсеместно. Обязательным условием операции была ревизия сосудов мезентериального русла, находками которой определялся дальнейший объём операции. В 23,4% этих случаев выполнялись операции на артериях брыжейки, у 28,7% больных реваскуляризация сочеталась с резекцией кишечника, 6,4% - резекция кишечника с санацией брюшной полости, эксплорации - 41,5%. По характеру окклюзии ВБА исследуемая группа пациентов подразделялась на две подгруппы: эмболических и атеротромботических поражений. В группе эмболий ВБА: общая летальность - 67,3%, летальность послеоперационная (исключены эксплорации) - 45,2%, летальность после эмболэктомии из ВБА в сочетании с резекцией кишечника - 72,7%. В группе атеротромбозов ВБА: общая летальность - 92,9%, летальность послеоперационная (исключены эксплорации) - 86,4%, летальность после артериальных реконструкций без резекции кишечника - 50%, летальность после реконструкций в сочетании с резекцией кишечника - 87,5%. У больных, выживших после субтотальной резекции тонкой кишки и правой гемиколэктомии (2 пациента) остро стоял вопрос синдрома мальабсорбции.

Выводы. Тест на Д-димер не может иметь самостоятельного диагностического значения, в силу своей низкой специфичности. Инициальное применение КТ для диагностики окклюзии ВБА, избранный диагностический алгоритм, принципиальная ревизия ВБА, определение типа её окклюзии, реваскуляризация кишечника - позволяют надеяться на улучшение ближайших результатов лечения "фатального" артериального мезентериального тромбоза.

Литература:

1. *Острая интестинальная ишемия: диагностика и хирургическое лечение / А. А. Баешко [и др.] // Новые технологии в медицине: диагностика, лечение, реабилитация: материалы науч.- практич. конф., Минск,*

21-22 нояб. 2002 г. - 2002. - Т. 1. - С. 48-50.

2. Марстон, А. *Сосудистые заболевания кишечника* / А. Марстон. - М.: Медицина, 1989. - 304 с.

3. Jonas, J. *Diagnosis and prognosis of mesenteric infarct* / J. Jonas, T. Bottger *Med. Klin. (Munich)*. - 1994. - Vol. 89, N 2. - P. 68-72.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Костюченко М.В., Добрякова Э.А.,
Юанов А.А., Мхитарова Л.А.
Московский государственный медико-
стоматологический университет,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Хирургический эндотоксикоз является одним из ведущих механизмов развития органических расстройств у больных с острой хирургической патологией. Некупируемый своевременно эндотоксикоз приводит в послеоперационном периоде к декомпенсации функций печени, почек, развитию гепаторенального синдрома, что значительно ухудшает прогноз.

Цель. Уточнить тактику детоксикационной коррекции и профилактики изолированных и сочетанных нарушений функций печени и почек у больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 163 пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости (9-острый аппендицит, 46-острый холецистит, 29-кишечная непроходимость, 16-перфорация полого органа, 37-острый панкреатит, 11-мезентериальный тромбоз, 15 -ущемленная грыжа). Тяжесть хирургического эндотоксикоза определяли по классификации В.К.Гостищева (2002), общую тяжесть состояния, прогноз и показания к применению экстракорпоральной детоксикации устанавливали, используя шкалу APACHE II, тяжесть органной недостаточности - по шкале SOFA. Результаты сопоставляли с контрольной (ретроспективной) группой (n=100), адекватной по полу, возрасту и тяжести патологии. Комплекс методов детоксикации включал:

- 1) инфузионные методы и форсированный диурез,
- 2) энтеросорбцию с первых суток послеоперационного периода (пектинсодержащим энтеросорбентом или энтеросорбом),
- 3) экстракорпоральную детоксикацию (плазмаферез и плазмообмен, гемофильтрация, гемодиафильтрация) при APACHE II 15 на аппаратах Prisma и PrismaFlex (Gambro, Hospal).

Детоксикационная коррекция у экстренно оперированных больных проводилась с первых суток послеоперационного периода (ещё в реанимационном зале). У 42 больных, оперированных в отсроченном порядке, детоксикацию начинали с первых суток поступления в хирургический стационар.

Результаты и обсуждение. Применение комплекса детоксикационных мероприятий в ранние сроки позволило обеспечить более быстрое купирование хирургического эндотоксикоза по сравнению с контрольной группой: снижение содержания молекул средней массы, снижение азотемии, билирубинемии, более раннее восстановление функции почек и разрешение пареза кишечника (1,7 суток против 4,1 суток в контрольной группе). Развитие выраженного гепаторенального синдрома в основной группе выявлено у 2,7% (против 6% в группе контроля). Также отмечено, что энтеросорбция пектинсодержащим энтеросорбентом (свекловичный пектин) оказывала благоприятный эффект даже у больных с развившимся синдромом кишечной недостаточности на фоне основного острого хирургического заболевания.

Выводы. При прогнозировании развития гепаторенального синдрома и даже в случаях проявления ранних признаков начинающегося хирургического эндотоксикоза применение разработанного комплекса детоксикационных методов, начиная с первых суток поступления в стационар, позволяет в значительном проценте случаев предотвратить дальнейшее развитие нарушений со стороны печени и почек у больных с острой хирургической патологией органов.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Курбанов Ф.С., Балогланов Д.А.
Российский университет дружбы народов
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Несмотря на определенные достижения в консервативном лечении язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), до сих пор не наблюдается снижения частоты ее осложненных форм, в частности - перфоративных язв (ПЯ) ДПК. В настоящее время в лечении пациентов с ПЯ ДПК применяется разнообразная хирургическая тактика. Наиболее радикальным методом операции при ПЯ ДПК остается резекция желудка, также продолжают успешно использоваться органосохраняющие вмешательства, в основе которых лежат различные способы ваготомии. В то же время наиболее широко распространенная операция ушивания ПЯ не потеряла своего значения ввиду малой травматичности, простоты и безопасности. Показания к различным операциям по поводу ПЯ ДПК, выбор методики и техники вмешательства продолжают дискутироваться.

Цель. Изучение возможности оптимизации результатов хирургического лечения ПЯ ДПК путем обоснования выбора наименее травматичного метода операции.

Материал и методы. За 5 лет (с 2004 по 2008 гг.) в Городской больнице № 17 УЗ ЗАО г. Москвы наблюдалось 154 пациента с ПЯ ДПК в возрасте от 18 до 78 лет, из них мужчин было 135 (87,7%), женщин - 19 (12,3%). Наибольшую группу составили больные в возрасте от 20

до 40 лет - 80 человек (51,9%). Также наблюдали 7 (4,5%) больных пожилого и старческого возраста. Эта малая по численности группа больных имела наибольший риск развития осложнений и летального исхода, в основном из-за сопутствующих заболеваний.

В сроки до 6 часов от начала заболевания в стационар доставлено бригадой скорой медицинской помощи 128 (83,1%) больных, от 6 до 12 часов - 16 (10,4%) и от 12 до 24 часов - 10 (6,5%) больных. Большинство операций (146 или 94,8 %) выполнено в экстренном порядке в первые 2 часа после поступления больных. В то же время 8 больных (5,2%) оперированы в сроки 4-12 часов после поступления в связи с неясностью клинической картины, необходимостью динамического наблюдения и выполнения дополнительного обследования (фиброгастродуоденоскопия, повторная рентгенография, лапароскопия), а также проведения предоперационной подготовки. Выбор метода операции на первом этапе принятия решения зависел от тяжести состояния больного, его возраста и наличия серьезных сопутствующих заболеваний, а также от квалификации операционной бригады. После выполнения верхней срединной лапаротомии осуществляли ревизию органов брюшной полости, и, в зависимости от локализации и размеров ПЯ ДПК, наличия других ее осложнений в виде пенетрации, пилородуоденального стеноза, инфильтративных изменений дуоденальной стенки, а также характера и количества выпота, распространенности и стадии перитонита принимали уточненное решение о выборе объема операции с учетом мнения анестезиолога о ее переносимости. Выполненные операции распределились следующим образом: простое ушивание ПЯ ДПК у 4 (2,6%) больных, иссечение язвы с пилоропластикой из-за стеноза луковицы ДПК у 2 (1,3%), пластика по Оппелю-Поликарпову у 139 (90,2%); резекция желудка - у 3 (1,9%); стволовая ваготомия + пилоропластика - у 6 (3,9%) больных. Мы предпочитаем методику Оппеля-Поликарпова ввиду того, что она обеспечивает не только надежный герметизм, но и профилактику развития пилородуоденального стеноза в отдаленном периоде.

Результаты и обсуждение. После 145 операций ушивания ПЯ ДПК у 8 (5,5%) пациентов развились тяжелые осложнения, от которых умерло 6 (4,1%) больных, из них 4 - пожилого и старческого возраста. После резекции желудка и органосохраняющих операций осложнений и летальных исходов не было. Пациентам после ушивания ПЯ сразу начинали проводить современное противоязвенное лечение по стандартным схемам и перед выпиской рекомендовали продолжение его в амбулаторных условиях. Изучение отдаленных результатов ушивания ПЯ ДПК у 81 пациента показало, что у 72 из них (88,9%), регулярно принимающих рекомендованное лечение, в сроки от 1 до 5 лет после операции результат хороший, рецидивов ЯБ у них не было.

Выводы. Одним из путей улучшения результатов хирургического лечения ПЯ ДПК является индивидуализация выбора метода операции в зависимости от клинических показателей состояния больного, характеристик ПЯ и ее осложнений.

Методом выбора хирургического лечения ПЯ ДПК является ее простое или пластическое ушивание. Подобные операции показаны и тем больным, которым

из-за неблагоприятных условий невозможно выполнить резекцию желудка или ваготомию с пилоропластикой.

Для улучшения результатов хирургического лечения больным, перенесшим ушивание ПЯ ДПК, необходимо сразу после операции начинать проведение современной противоязвенной терапии и рекомендовать ее продолжение в амбулаторных условиях.

ПРОБЛЕМА ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

*Лемешевский А.И., Рычагов Г.П.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Для острой мезентериальной ишемии (ОМИ) присущи такие характеристики, как: относительная редкость и тяжесть патологии, частые случаи обширных поражений кишечника, трудность диагностики, сложность реабилитации больных после субтотальных резекций кишечника, высокая смертность. Эти и другие факторы до сих пор подпитывают сомнения в реальности оказания эффективной помощи больным ОМИ и, отчасти, создают вокруг них ареол обреченности.

Цель. Оценить нынешнее состояние проблемы диагностики и лечения ОМИ.

Материал и методы. В исследовании представлен ретроспективный анализ 85 историй болезней пациентов с ОМИ, а также 107 протоколов вскрытий умерших от этой патологии. Дана оценка факторам риска, клиническим проявлениям, срокам госпитализации, особенностям диагностики и лечения.

Результаты и обсуждение. 85 пациентов с ОМИ были оперированы в 2003 - 2008 годах в 3-й и 5-й клиниках города Минска. Средний возраст составил $73,3 \pm 10,6$ года. Женщин было 57,6%, мужчин - 42,4%. Среди оперированных пациентов выжило 36 (42,4%).

Среднее время от начала заболевания до госпитализации составило 39,5 часов. Причем в сроки до 12 часов был госпитализирован 31 больной (36,5%), а через 48 часов и позже - 28 (33,0%). Подчеркивая важность своевременного начала лечения ОМИ, следует отметить тот факт, что 50% выживших больных были оперированы в срок до 6 часов от момента поступления в стационар и только 16,7% - позднее 24 часов. Среди погибших - 50% операция была выполнена в срок после 12 часов от момента поступления в стационар, причем позднее 24 часов - 30,6%.

Диагноз был правильно выставлен на догоспитальном этапе только у 4,7% пациентов, при госпитализации - 21,2%, а у 74,1% - только во время операции.

Анализ неверных клинических диагнозов, которые выставлялись пациентам с ОМИ до интраоперационной верификации, показал, что на долю кишечной непроходимости и острого панкреатита приходилось по 23,9%, перитонита - 11,9%, ущемленной грыжи - 10,4%, острого холецистита - 7,5%, острого аппендицита - 6,0%

Среднее время от госпитализации до операции составило около 22,5 часов. Резекция кишечника

выполнена у 43 пациентов (50,6%), из них выжило 23 (53,5%), субтотальная резекция кишки выполнена в 11 (25,6%) случаях.

Проанализировано 107 протоколов вскрытий умерших от ОМИ в 2007 году. Средний возраст составил $73,1 \pm 11,3$ года. Женщин было 62 (58%), мужчин - 45 (42%).

Было установлено, что среди погибших 57,0% имели различного рода аритмии, 67,3% страдали артериальной гипертензией, ишемические нарушения других органов встречались у 41,5%. Доля больных сахарным диабетом составляла 22,4%, желчнокаменной болезнью и хроническим холециститом - 41,1%, хроническим панкреатитом - 30,8%, хроническим пиелонефритом - 20,6%.

Выводы. Резервы в плане своевременности лечения и диагностики ОМИ можно оценить как довольно значительные. Факторы риска ОМИ могут быть пересмотрены и расширены. При определении риска развития ОМИ следует исходить из возможного сочетания следующих факторов: возраст старше 60 лет, аритмия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, желчнокаменная болезнь, панкреатит, холецистит, ишемия других органов. Безусловно, требуется комплексный подход к решению этой проблемы, охватывающий все этапы ведения больного.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

*Леонович С.И., Якубовский С.В., Василевич А.П.,
Протасевич А.И., Куделич О.А.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет"
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Острый холецистопанкреатит является одной из актуальных проблем современной хирургии, что обусловлено как значительной частотой его возникновения, так и высокими показателями летальности, особенно при осложненных и деструктивных формах заболевания.

Цель. Целью представленной работы явилось изучение результатов лечения больных острым холецистопанкреатитом (ОХП).

Материал и методы. Учитывая, что в настоящее время большинством авторов ОХП рассматривается как осложнение острого холецистита (ОХ) [1], мы проанализировали результаты обследования и лечения 728 больных ОХ, хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) в стадии обострения и ОХП, находившихся на лечении в хирургическом отделении 10 ГКБ г. Минска в 2007-2008 гг. Средний возраст составил $58,16 \pm 0,88$ лет. Из госпитализированных больных женщин было 578 (77,5%), мужчин - 168 (22,5%).

Результаты и обсуждение. Диагноз ОХ или ХКХ в стадии обострения был установлен у 610 человек. Сочетание ОХ и ОП отмечено у 33 человек, у 85 пациентов с ХКХ воспаление желчного пузыря сочеталось с реактивным панкреатитом.

Диагноз ОХП устанавливали на основе данных клини-

ческого, лабораторных и инструментальных методов исследования.

При оценке клинической картины отмечено, что на первый план, как правило, выступали симптомы поражения ЖП, лишь у некоторых больных доминировали клинические проявления поражения поджелудочной железы (ПЖ). При исследовании биохимических показателей сыворотки крови у большинства больных ОХП было выявлено повышение уровня амилазы, билирубина, умеренная гиперферментемия.

У большинства больных УЗ-признаки ОХ (утолщение стенки ЖП и удвоение ее контура, увеличение его размеров) сочетались с признаками острого панкреатита (увеличение размеров ПЖ, уплотнение ее ткани, признаки отека парапанкреатической клетчатки).

Всем больным проводилась комплексная консервативная терапия, которая включала купирование болевого синдрома и ферментной токсемии, коррекцию метаболических расстройств, инфузионную и антибактериальную терапию, миотропные спазмолитики. Это способствовало стиханию острых явлений в течение 4-6 суток у 68 больных. При безуспешности интенсивной консервативной терапии, сохранении и нарастании клинических проявлений, возникновении перитонеальных симптомов осуществлялось оперативное вмешательство. Из 33 больных ОХП (ОХ+ОП) были оперированы 10 человек (30,3%), при этом длительность дооперационного периода составила $3,6 \pm 1,09$ дня; из 85 человек с обострением хронического холецистита и реактивным панкреатитом - 40 (47,06%), длительность дооперационного периода составила $7,05 \pm 0,84$ дня. Во время операции выполнялась холецистэктомия (лапароскопическая - в 15 случаях; традиционная - в 35), интраоперационное обследование желчных протоков, поджелудочной железы. При явлениях билиарной гипертензии, обусловленной холедохолитиазом, отеком поджелудочной железы выполнялось дренирование холедоха по Пиковскому, накладывались билиодигестивные анастомозы. При наличии деструктивного панкреатита производилось дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинного пространства с подведением по дренажам антиферментных средств, антибиотиков. У подавляющего большинства больных ОХП необходимости хирургического вмешательства на поджелудочной железе не возникало.

Выводы.

1. Морфологические изменения в ПЖ не зависят от морфологических изменений в желчном пузыре;

2. Наиболее информативными из широко используемых и доступных показателей, позволяющих установить наличие панкреатита при ОХ являются уровень амилазы в крови и данные УЗИ. Следует отметить, что только комплексная диагностика дает возможность выявить признаки поражения ПЖ при остром воспалении желчного пузыря.

3. Патогенетически обоснованная консервативная терапия и адекватная хирургическая коррекция патологии желчных путей явились необходимыми элементами лечебной тактики у больных ОХП, предотвращающими переход панкреатита в деструктивную форму.

Литература:

1. Бебуришвили, А. Г. Желчная гипертензия и острый холецистит / А. Г. Бебуришвили // 50 лекций по хирургии / А. Г. Бебуришвили; под ред. В. С. Савельева. - М.: "Медиа Медика", 2003. - С. 204-215.

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Нарубанов П.Г., Zubовская Е.Т., Романовская Т.Р.
УЗ "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи",
РНПЦ "Мать и дитя",
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на многочисленные исследования, многие звенья патогенеза кровотечения при хронической язве желудка и двенадцатиперстной кишки недостаточно изучены, и летальность при экстренных операциях остается высокой - 8-15% [2, 3].

Цель. Целью исследования явилось изучение отдельных звеньев патогенетических механизмов у больных с хронической кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (ХКЯЖД). Одним из важных направлений исследования является поиск эндогенных токсинов, образующихся в результате биохимических изменений, которым подвергаются продукты цепи реакций образования свободных радикалов.

Материал и методы. Исследования проведены у 46 больных с ХКЯЖД с легкой степенью кровотечения (кровопотеря до 20% объема циркулирующей крови - ОЦК), средней (кровопотеря 20-30%) и тяжелой (кровопотеря более 30%). Возраст пациентов составлял от 27 до 52 лет. Одновременно обследовано 40 практически здоровых лиц. Больные при поступлении обследованы клинически и лабораторно, им проводилась фиброгастроуденоскопия с эндоскопическим гемостазом. Пациенты получали противоязвенную и гемостатическую терапию, восполнялась кровопотеря и ОЦК. Все исследования проводились до начала проводимой терапии.

Проведено определение уровня иммуноглобулинов классов А, G, M, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), показателей клеточного иммунитета, функциональной активности компонентов классического и альтернативного пути активации комплемента. Кроме того, было оценено состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ). В плазме крови исследовали содержания общих липидов (ОЛ), гидроперекисей липидов (диенконъюгатов - Дко, диенкетонов - Дке). В эритроцитах определяли уровень малонового диальдегида (МДА) и активность супероксиддисмутазы (СОД) [1].

Результаты и обсуждение. Результаты исследования иммунного статуса показали, что уровни иммуногло-

булинов и ЦИК были достоверно снижены в сравнении со здоровыми лицами, причем их содержание зависело от степени тяжести кровотечения. В дооперационном периоде наблюдалось снижение показателей клеточного иммунитета с нарушением иммунорегуляторного звена. Снижение как Т-, так и В-популяций лимфоцитов способствует развитию вялотекущего воспалительного процесса и стрессорных реакций.

Интегральной частью иммунной системы является система комплемента. Состояние системы комплемента характеризовалось снижением практически всех показателей активности классического и альтернативного пути (С1, С3, фактор В). Изучение взаимосвязи параметров клеточного и гуморального звеньев иммунной систем показало высокую степень сопряженности между их показателями.

При оценке показателей системы ПОЛ - АОС установлено, что Дко и Дке были повышены в 1,5 раза при легкой степени тяжести кровопотери и в 13,3 раза - при тяжелой, т.е. степень активации процессов ПОЛ у пациентов с тяжелым кровотечением оказалась наиболее выраженной: Уровень МДА в эритроцитах оказался сниженным, а активность СОД - повышенной. Активация свободнорадикального окисления липидов влечет за собой ответную реакцию компонентов антиоксидантной защиты. Очевидно, активность СОД направлена не только против супероксидных анион-радикалов, но также принимает участие в ингибировании вторичных продуктов ПОЛ. Структурно-функциональные свойства клеток во многом определяется выраженностью ПОЛ. Следовательно, накопление гидроперекисей липидов у больных с ХКЯЖД свидетельствует о значительной интенсификации процессов ПОЛ, усугубляющихся степенью тяжести кровопотери. Обнаружена корреляционная взаимосвязь между тяжестью кровопотери, степенью интенсификации ПОЛ, содержанием IgG, IgA, IgM и ЦИК.

Выводы.

1. Среди метаболических аспектов патогенеза хронической кровоточащей гастродуоденальной язвы можно считать активацию свободнорадикальных процессов и нарушение как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета.
2. В качестве объективных критериев оценки метаболических сдвигов при ХКЯЖД, оценки тяжести течения могут быть использованы показатели иммунного статуса и ПОЛ - уровень Дко, Дке, МДА и активность СОД.
3. В лечении больных с хронической кровоточащей гастродуоденальной язвой необходима коррекция иммунного статуса и показателей ПОЛ как до операции, так и в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Гаврилов, В. В. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови / В. В. Гаврилов, М. И. Мишкорудная // Лаб. дело. - 1983. - № 3 - С. 33-36.
2. Вербицкий, В. Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение / В. Г. Вербицкий, С. Ф. Багненко, А. А. Курыгин. - СПб., 2004. - 242 с.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В. С. Савельева. - М., 2004. 640 с.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Николаев Н.Е., Бибиц И.Л., Потапенко И.Б.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Острый аппендицит по-прежнему остается одним из самых распространенных хирургических заболеваний. Из всех экстренных операций на органах брюшной полости на долю аппендэктомий приходится 61,5% [2]. Летальность составляет 0,03%. Несмотря на низкую летальность и внедрение новых методов диагностики и лечения частота осложнений достигает 5,0-21,0% [1, 3].

Цель. Целью нашего исследования явилось выявление частоты и причин возникновения гнойно-воспалительных осложнений пациентов до- и после оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита и найти пути их профилактики.

Материалы и методы. Проведен анализ 526 медицинских карт стационарных пациентов с острым аппендицитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении 3-й ГКБ г. Минска в 2007-2009 гг. Среди исследованных больных было 255 мужчин (48,5%) и 271 женщина (51,5%). Катаральные формы аппендицита составили 14,8%, флегмонозные - 65,2%, гангренозные - 13,3%, перфоративные - 6,7%.

Результаты и обсуждение. Первостепенное значение в развитии осложнений имеет время обращения больного за медицинской помощью. В течение первых 6-12 ч. с момента заболевания в клинику поступило 38,4% больных, через 13-24 ч. обратилось 32,5%, остальные пациенты (29,1%) явились через 2-3 суток и позже. Причинами позднего обращения 3-х больных (0,9%) были диагностические ошибки на догоспитальном этапе, а в остальных 321 случае (99,1%) по вине самих больных, которые занимались самолечением.

Важную роль играет также продолжительность наблюдения больного в стационаре. В течение 1-го часа с момента госпитализации прооперировано 52 человека (9,9%), в течение 2-х часов - 211 (40,1%), от 2 до 6 ч. - 158 (30,0%), от 6 до 12 ч. - 67 (12,8%), позже 12-24 ч. - 38 (7,2%). Причинами задержки операции являлись в 30% случаев дополнительные исследования и консультации других специалистов, в 4,6% проводилось длительное пассивное наблюдение, у 15,4% задержки были связаны с атипичным течением болезни и недоучетом имевшихся клинических данных. Таким образом, в 50,0% случаев аппендэктомия выполнялась в более поздние сроки.

Поздняя обращаемость, пассивное наблюдение и длительное обследование в стационаре способствовало прогрессированию воспаления в червеобразном отростке, т.е. к переходу серозно-инфильтративной стадии воспаления в гнойно-некротическую, которая закончилась в 114 случаях (21,7%) развитием тяжелых гнойно-септических осложнений в брюшной полости: периаппендикулярными абсцессами - 22 (4,2%), аппендикулярными инфильтратами - 42 (8,0%), местными перитонитами - 28 (5,3%), разлитыми перитонитами - 13

(2,5%), тифлитами - 8 (1,5%), гнойным оментитом - 1 (0,2%). Оперативное вмешательство при наличии гнойно-воспалительных процессов в брюшной полости способствовало развитию послеоперационных раневых осложнений.

Среди всех оперированных пациентов в раннем послеоперационном периоде выявлено 25 (4,8%) случаев септических осложнений. С целью выявления отдаленных послеоперационных осложнений были опрошены по телефону и изучены амбулаторные карты 189 больных. Выявлено 26 осложнений (13,8%): 2 абсцесса, 14 нагноений ран, 6 инфильтратов в области послеоперационного рубца, в 2-х случаях - лигатурные свищи и 2-е спаечные кишечные непроходимости, повлекшие повторное оперативное вмешательство.

Выводы.

1. Основной причиной послеоперационных септических осложнений являются: несвоевременная обращаемость пациентов за медицинской помощью (29,1%), а также длительное наблюдение и обследование их в стационаре (20,7%).

2. Несвоевременная аппендэктомия приводила к развитию гнойно-воспалительных процессов в брюшной полости до операции и тем самым способствовало возникновению осложнений в послеоперационном периоде.

3. Снизить частоту осложнений может целенаправленная санитарно-просветительная работа среди населения и более активное полноценное обследование больных в стационаре в первые часы госпитализации.

Литература:

1. Алиев, С. А. Эволюция способов перитонизации кulti червеобразного отростка при остром деструктивном аппендиците, осложненном тифлитом / С. А. Алиев, Э. С. Алиев // *Вестн. хирургии.* - 2006. - Т. 165, № 1. - С. 67-71.

2. Завада, Н. В. Основные направления развития неотложной хирургии в Республике Беларусь / Н. В. Завада, И. И. Пикиреня // *Медицина.* - 2009. - № 3. - С. 13-16.

3. Острый аппендицит. Неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи / И. В. Ярема [и др.] // *Хирург.* - 2007. - № 2. - С. 20-24.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЗАБРЮШИННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Паладий И.К., Бескиеру Е.Т.,
Визитиу А.В., Берлиба С.И.
Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии,
Государственный университет медицины и фармации
"Николай Тестимицану",
г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность: Забрюшинные посттравматические кровоизлияния представляют сложный раздел неотложной хирургии [1,2]. Чаще забрюшинные гематомы

встречаются при сочетанной травме (74%)[1], и являются непременным спутником переломов костей таза. При закрытых повреждениях костей таза в 25-30% возникают массивные кровотечения в окружающие ткани, превышающие 3 литра. Источником кровотечения при сочетанной пельвио- абдоминальной травме являются: поврежденные костные структуры таза и поврежденные сосуды. Внутрикостные поврежденные сосуды самопроизвольно не спадаются и не тромбируются, поэтому при множественных переломах формируются массивные кровоизлияния. Летальность при посттравматических забрюшинных кровоизлияниях составляет до 78%[1, 2]. Проблема остановки и профилактики посттравматических массивных тазовых и забрюшинных кровотечений до сих пор остается неразрешенной [1, 2]

Цель. Выработать комплекс профилактических мероприятий, направленных на предупреждение формирования посттравматических забрюшинных кровоизлияний.

Материал и методы. Проанализировано 146 больных с закрытой травмой живота, осложненной забрюшинной гематомой, госпитализированных в хирургическую Клинику № 1 за 10 лет. С пельвиоабдоминальной травмой было 102 (69,86%) пациента, с травмой интраабдоминальных органов - 44 (30,13%) пациента. Шок III-IV ст. был констатирован у 88 (60,27%) больных. Диагностический алгоритм ведения пациентов зависел от стабильности гемодинамики.

Результаты и обсуждение. Диагностировано повреждение: перелом костей таза (102), двенадцатиперстной кишки (8), поджелудочной железы (25), кишечника (35), почек (5), мочевого пузыря(26) и др., явившиеся причиной забрюшинного кровотечения.

При госпитализации после травмы больных, по показаниям, проводился комплекс реанимационных мероприятий: инфузии плазмозамещающих растворов. При этом соблюдался режим управляемой гипотонии: АД не более 100 мм рт. ст., что является одной из мер профилактики кровотечения. Массивная гемотрансфузия с переливанием свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной массы (гематокрит не менее 20%). Гемостатики общего действия. Эти мероприятия у 60% пациентов с исходной нестабильной гемодинамикой приводили к положительному результату. В большинстве случаев забрюшинное тазовое кровотечение спонтанно останавливается [2]. Вопросы тактики лечения забрюшинных гематом являются спорными. Мы согласны с авторами [1, 2], которые считают неблагоприятным ревизировать ненарастающую гематому, с целью создания условий спонтанного гемостаза. Пациенты с закрытыми переломом костей таза без признаков кровотечения под постоянным наблюдением должны находиться не менее 8 часов. Ведущую роль в остановке интра- и ретроперитонеального кровоизлияния играет реанимационная лапаротомия с устранением источника кровотечения. По литературным данным, методами остановки забрюшинных кровотечений являются: тампонады таза турундами, люмботомия с тампонадой забрюшинного пространства, наложение швов, протезирование, перевязка магистральных сосудов, окклюзия подвздошных артерий турникетами, ангиографическая эмболизация сосудов и др.[1,

2]. При переломах костей таза, в комплексе профилактических мероприятий предупреждения формирования забрю-ТКшинных кровоизлияний особую роль играет ранний остеосинтез таза аппаратами внешней фиксации.

Выводы. Комплексное, своевременное использование всех гемостабилизирующих мероприятий, с проведением реанимационных лапаротомий, раннего остеосинтеза таза дает возможность остановить и предупредить формирование массивных забрюшинных гематом.

Литература:

1. Горшков, С. З. *Закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства / С. З. Горшков. - М.: Медицина, 2005. - 224 с.*

2. Доброквашин, С. В. *Забрюшинные кровоизлияния при травме живота: источники, формы, зоны локализации, пути распространения, диагностика, лечение: автореф. дис. ... д-ра мед / С. В. Доброквашин. - М.: Наука, 1999.*

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПЕЛЬВИОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ЗАБРЮШИННЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

*Паладий И.К., Бескиеру Е.Т., Визитиу А.В.,
Щербина Р.С., Берлиба С. И., Шор Э.М.
Лаборатория гепато-панкреато-
билиарной хирургии,
Государственный университет медицины и фармации
"Николай Тестимицану",
Кишинев, Республика Молдова*

Актуальность. По данным литературы, забрюшинные гематомы встречаются у 39,2-61 % пострадавших с закрытой травмой [2]. Своевременная и точная диагностика источника кровопотери является основой успеха адекватного лечения [1, 2]. Оценивая в целом диагностический процесс при забрюшинных гематомах, можно констатировать, что их выявление на дооперационном этапе чрезвычайно сложно [2]. Современная диагностика повреждений при сочетанной травме немислима без применения инструментальных методов диагностики.

Цель. Целью работы является анализ информативности инструментальных методов диагностики при пельвиоабдоминальной травме, осложнившейся забрюшинным кровоизлиянием.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 102 пациентов (мужчин - 70, женщины - 32), в возрасте 16-80 лет с сочетанной пельвиоабдоминальной травмой за 7 лет. Основные причины травмы: ДТП - 64 (62,74%), кататравматизм - 32 (31,37%), сдавление - 3 (2,9%) и другие 3- (2,9%). В состоянии шока III-IV степени 66 (64,7%) больных были госпитализированы в реанимационное отделение с одновременным проведением противошоковых и диагностических мероприятий.

У 42 (41,17%) больных проведена срочная лапаротомия без дополнительных методов исследования. Пациенты со стабильной гемодинамикой были обследованы по стандартной схеме. УЗИ проведено - 44 (43,13%) пациентам, КТ при поступлении - 1, лапароцентез - 79 (77,45%), лапароскопия - 30 (29,41%), лапаротомия - 78 (76,47%).

Результаты и обсуждение. Переломы тазовых костей разной степени повреждения и локализации диагностированы у 102 больных. Забрюшинное кровотечение определено до операции в 4 (3,92%) случаях (УЗИ-3, КТ-1). У 49 больных забрюшинная гематома диагностирована во время лапаротомии. 12 (11,76%) больным, умершим в течение 2 часов от момента травмы, диагноз забрюшинной гематомы был выставлен патологоанатомически. В 37 случаях забрюшинная гематома диагностировалась на последующих этапах ведения больных - запланированных УЗИ, КТ и при повторных операциях (что обусловлено формированием забрюшинной гематомы в последующие дни после травмы).

"Свободная жидкость в брюшной полости" на УЗИ выявлена у 24 пациентов, забрюшинная гематома - у 3 пациентов. В 24 случаях результат - положительный, 11 - негативный, ложноотрицательный в 8 и 1 - ложноположительный. Чувствительность метода - 75 %, специфичность - 91,66 %, точность - 79,54%.

При поступлении КТ проведена 1 пациенту с выставлением окончательного диагноза и выявлением забрюшинной гематомы. На различных этапах лечения больных проведена КТ - в 8 случаях, диагностирована забрюшинная гематома. Результаты КТ: во всех 9 случаях - положительный. Чувствительность метода - 100 %, точность - 100 %.

Результаты лапароцентеза: в 44 случаях - положительный, 15 - негативный, ложноотрицательный в 12 и 8 - ложноположительный. Чувствительность метода - 78,57%, специфичность - 65,21%, точность - 74,68 %.

Результаты лапароскопии: в 23 случаях - положительный, 4 - негативный, ложноотрицательный в 1 случае и 2 случаях - ложноположительный. Чувствительность метода - 95,83 %, специфичность - 66,66 %, точность - 90 %.

Выводы.

Выбор и результативность инструментальных методов диагностики при пельвиоабдоминальной травме определен приоритетом тяжести повреждений и развитием угрожающих жизни осложнений.

Только комплексное использование инструментальных методов диагностики дает возможность поставить окончательный диагноз.

Литература:

1. Абакумов, М. М. Повреждения живота при сочетанной травме / М. М. Абакумов, Н. В. Лебедев, В. И. Малярчук. - М.: Медицина, 2005. - 176 с.
2. Горшков, С. З. Закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства / С. З. Горшков. - М.: Медицина, 2005. - 224 с.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПЕЛЬВИОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

Паладий И.К., Бескиеру Е.Т., Визитиу А.В., Щербина Р.С., Берлиба С.И.

Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии, Государственный университет медицины и фармации "Николай Тестимицану", г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Одним из самых сложных разделов неотложной хирургии является сочетанная пельвиоабдоминальная травма [1, 2]. Переломы тазовых костей с повреждением внутриабдоминальных органов наблюдаются до 44% [2], а в 23% [2] случаев сопровождаются кровотечением в ретроперитонеальное пространство, объем которого может составлять 2,5-3 литра [1].

Нарушение деятельности ЦНС, множественные источники боли и кровотечения - эти патологические процессы накладываются один на другой, определяя развитие шока и тяжесть состояния больного.

Сочетанная пельвиоабдоминальная травма характеризуется развитием травматической болезни, сложностью диагностики повреждений, сложностью лечения, посттравматическими и(или) послеоперационными осложнениями (до 79%), высокой летальностью (до 70%) и инвалидностью (до 67,6%) [1, 2].

Результат лечения посттравматических больных зависит от своевременной и слаженной работы реаниматологов, хирургов, травматологов.

Цель. Анализ тактики ведения больных с пельвиоабдоминальной травмой для улучшения результатов лечения.

Материал и методы. Представлены результаты хирургического и травматологического лечения 102 пациентов с сочетанной травмой таза и живота, прошедших курс лечения в хирургической Клинике №1, за период 1998-2007 гг. Соотношение мужчины/женщины составило - 2,18. Основные причины травмы: ДТП - 62,74%, кататравматизм - 31,37%, и др. - 5,8%. В состоянии шока госпитализировано 96 (94,11%) пациентов. Пациенты были обследованы стандартно.

Результаты и обсуждение. После клинического и инструментального исследования было диагностировано: переломы тазовых костей (102), травма головы (74), грудной клетки (68), повреждение интраабдоминальных органов (139), забрюшинное кровотечение (102). Для оценки тяжести пострадавших была использована шкала ISS (S.P. Baker): до 19 баллов - 3, 20-50 б - 47, 50-75 баллов - 2 больных. В течение 2 ч от травмы умерли 12 (11,76%) больных (6 п/операционных). Причиной смерти у этих больных был необратимый шок, одной из ведущих причин которого было кровотечение. По шкале ISS оценка повреждения в данной группе была более 60 баллов. Повреждение органов живота, продолжающиеся кровотечения выдвигались на первый план. Срочная лапаротомия проведена 42 (41,17%) больным, практически сразу после госпитализации, что явилось компонентом реанимационных и противошоковых мероприятий. Всего

лапаротомия проведена - 78(76,47%) пациентам, в 4 случаях она носила диагностический характер.

Травматологические операции были проведены после устранения жизнеугрожающих состояний. С целью фиксации тазового кольца и остановки забрюшинного кровоизлияния 14 пациентам была проведена репозиция тазовых костей в течение 24 ч. Летальность в группе больных с фиксированным тазом равнялась 0. 45 больных велись консервативным методом укладки по Волковичу и скелетным вытяжением. В этой группе умерло 14 больных.

Летальность составила 49,01% (50 больных), летальность в 1-е сутки - 70%(35 больных), после 3-их суток-20%(10 больных).

Выводы. Результаты лечения больных с пельвиоабдоминальной травмой, были достоверно лучше в группе пациентов после репозиции тазовых костей.

Для предупреждения активности забрюшинного кровотечения больного необходимо стабилизировать с последующим остеосинтезом таза аппаратами внешней фиксации в ближайшие часы /дни после травмы.

Литература:

1. Абакумов, М. М. Повреждения живота при сочетанной травме / М. М. Абакумов, Н. В. Лебедев, В. И. Малярчук. - М.: Медицина, 2005. - 176 с.
2. Соколов, В. А. Множественные и сочетанные травмы: практ. рук. для врачей травматологов / В. А. Соколов. - М., 2006. - 514 с.

ТРАНС- И ПАРАПАПИЛЛЯРНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КРОВОТОЧАЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ: ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Палеев С.А., Тарасик Л.В., Шорох С.Г.,
Седун В.В., Пашкевич О.П., Шершень П.И.
УЗ "10-я ГКБ", Городской центр по лечению больных с
желудочно-кишечными кровотечениями,
ГУО Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Транс- и парапапиллярная локализация язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) представляет наибольшую потенциальную опасность в плане развития тяжелых осложнений и летального исхода [1, 2, 3].

Цель работы. Улучшение хирургического лечения больных с транс- и парапапиллярной локализацией кровотокающей язвы ДПК.

Материал и методы. Центр по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями располагает опытом хирургического лечения 508 больных язвенной болезнью ДПК, осложненной кровотечением, за период с 2003 по 2009гг. Среди них выделена группа из 38 больных с транс- и парапапиллярной локализацией язвенного дефекта (расположение фатерова сосочка в зоне пенетрации язвы и на расстоянии менее 1 см от ее дистального края). Мужчин 37, женщин 1. Возраст 26 - 69 лет. Впервые выявленная язва ДПК зарегистрирована

в 6 случаях, в остальных наблюдениях длительность язвенного анамнеза варьировала от 1 года до 24 лет. Ранее оперированы по поводу прободной язвы 11 человек (объем операции - ушивание перфорации). Эпизод гастродуоденального кровотечения в анамнезе имели 19 пациентов. Кровопотеря тяжелой степени с постгеморрагической анемией отмечена у 14 больных (из них 9 поступили в состоянии геморрагического шока), кровопотеря средней степени тяжести - у 19 пациентов, 5 - госпитализированы с кровопотерей менее 20% объема циркулирующей крови.

Результаты и обсуждение. 6 пациентов со струйным кровотечением оперированы в экстренном порядке, по жизненным показаниям, в связи с продолжающимся кровотечением и неэффективностью эндоскопического гемостаза. В связи с рецидивом кровотечения хирургическое вмешательство произведено 15 пациентам. Высокий риск рецидива кровотечения явился показанием для срочной операции у 11 человек. Отсроченная операция была выполнена 6 пациентам со стабильным гемостазом, после детального обследования и курса гемостатической и противоязвенной терапии.

Топографоанатомические особенности транс- и парапапиллярных язв обуславливают множественность их осложнений. Так, кровотечение и пенетрация отмечены у 20 пациентов (один из них имел протяженную деструкцию холедоха в зоне пенетрации). Сочетание 3 осложнений (кровотечение, пенетрация, стеноз) наблюдалось в 18 случаях, что обусловило особые трудности в выполнении оперативного вмешательства.

13 пациентов оперировано по поводу транспапиллярных язв. В 4 случаях выполнена резекция желудка, атипичное формирование культи ДПК с холедоходуоденоанастомозом, двум больным - папиллохоледохопластика включена в линию дуоденоэнтероанастомоза на отключенной по Ру петле. 8 пациентам произведена радикальная сегментарная дуоденопластика (РСДП), арефлюксно дополненная папиллохоледоховирсунгопластикой в ее задневерхнюю полуокружность. Одному больному произведены иссечение язвы, РСДП с транспозицией терминального отдела холедоха, после продольной папиллохоледохотомии ниже линии швов на 2 см, с анастомозом "конец-в-бок" и селективная проксимальная ваготомия (СПВ). 25 пациентов оперированы по поводу кровотокающих парапапиллярных язв. Объем оперативных вмешательств: резекция желудка с атипичным укрытием культи ДПК по принятой в клинике методике в 4 случаях; иссечение язв, сегментарный вариант радикальной дуоденопластики 18 пациентам, в 8 случаях - дополненный СПВ, в одном - формированием холедохоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле; в одном - холецистэктомией, дренированием холедоха по Пиковскому. Трем пациентам было произведено иссечение язвы с мостовидной ДП, дополненной в 2 случаях СПВ.

Релапаротомий, летальных исходов не было.

Выводы. Строго индивидуальный выбор операций с преимущественным применением органосохраняющих технологий в случаях транс- и парапапиллярных кровотокающих язв позволяет произвести надежный хирургический гемостаз и предотвратить развитие послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Литература:

1. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения как проблема в экстренной хирургии / П. В. Гарелик [и др.] // *Стратегия развития экстренной мед. помощи: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 25-летию гор. клин. больницы скор. помощи.* - Минск, 2003. - С. 202-204.

2. Казымов, И. Л. Хирургическое лечение низкой постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной профузным дуоденальным кровотечением / И. Л. Казымов // *Хирургия.* - 2008. - № 4. - С. 63-64.

3. Техника операций на дистальном отделе холедоха и большом сосочке двенадцатиперстной кишки при ее постбульбарных язвах / К. М. Курбонов [и др.] // *Анналы хирург. гепатол.* - 2004. - Т. 9, № 1. - С. 120-124.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШЕЧНИКА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Родин А.В., Плешков В.Г., Леонов С.Д.
ГОУ ВПО "Смоленская государственная медицинская академия"
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию,
г. Смоленск, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время предложено много способов определения жизнеспособности кишечника при острой кишечной непроходимости (ОКН), но ни один из них не гарантирует достоверного результата. Перспективным методом оценки состояния биологической ткани является биоимпедансометрия, которая позволяет оценить ее морфофункциональные особенности [3]. Доказанная информативность импедансометрии [1] позволяет предположить ее эффективность в диагностике нежизнеспособности кишечной стенки при ОКН.

Цель. Целью работы являлась разработка способа оценки жизнеспособности кишечной стенки при острой кишечной непроходимости на основе изменения показателей ее полного электрического сопротивления (импеданса) в эксперименте.

Материалы и методы. Исследование проведено на 40 белых лабораторных крысах линии Vistar обоего пола массой 180-230 г, которым под наркозом выполняли лапаротомию и моделировали острую странгуляционную тонкокишечную непроходимость путем наложения толстой лигатуры на петлю тонкой кишки (длиной 1,5 - 2 см) вместе с брыжейкой на расстоянии 12 - 15 см от илеоцекального угла. Биоимпедансометрию кишечника производили с помощью оригинального устройства для измерения импеданса биологических тканей - ВИМ-II [2]. Расстояние между электродами - 2 мм, частота тока - 10 кГц.

На 10 интактных крысах (1-я группа), служивших группой сравнения, изучены показатели импеданса тонкого кишечника в норме. Во 2-й группе животных (n=10) произведено моделирование ОКН на срок 1 час, в 3-й группе (n=10) - на 3 часа, в 4-й (n=10) - на 6 часов. Через 1, 3 и 6 часов, в зависимости от условий эксперимен-

та, выполняли релапаротомию и производили импедансометрию патологического участка кишечника с последующей его резекцией. Резецированные участки кишечника фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина и подвергали гистологическому исследованию. Математическую обработку результатов проводили с помощью методов вариационной статистики, используя параметрические и непараметрические критерии.

Результаты и обсуждение. Выявлено падение показателей импеданса кишечной стенки в зоне странгуляции через 1, 3 и 6 часов после моделирования ОКН по сравнению с нормой. Среднее значение импеданса тонкого кишечника у интактных животных (1-я группа) составило $3,38 \pm 0,14$ кОм. Исследуемые показатели у животных во 2-й группе были равны $2,6 \pm 0,2$ кОм, в 3-й - $1,11 \pm 0,12$ кОм и в 4-й - $1,08 \pm 0,08$ кОм. При этом значения импеданса в эксперименте были достоверно ниже показателей группы сравнения, а показатели импеданса патологической зоны кишечника были достоверно меньше через 3 и 6 часов после моделирования острой кишечной непроходимости, в сравнении с показателями импеданса через 1 час от моделирования процесса.

При гистологическом исследовании, в участках кишечника, где регистрировали показатели импеданса ниже 2 кОм, выявлены признаки некроза различной выраженности: от некроза слизистой оболочки до субтотального и тотального некроза кишечной стенки. Выраженность патологических изменений зависела от сроков развития ОКН.

Выводы. Показатели биоимпедансометрии кишечной стенки являются достоверным критерием ее жизнеспособности. Значения импеданса меньше 2 кОм свидетельствуют о некрозе кишечника.

Литература:

1. Леонов, С. Д. Оценка эффективности ЭХЛ с помощью биоимпедансометрии / С. Д. Леонов, Г. Н. Федоров, Е. О. Моисеева // *Малоинвазивный электрохим. лизис в гепатологии, маммологии, урологии, эндокринологии. Для последипломной профессиональной подготовки врачей / под ред. А. В. Борсукова.* - М.: *Медпрактика-М*, 2008. - С. 259-266.

2. Устройство для измерения импеданса биологических тканей: пат. 2366360 РФ, МПК7 А 61 В 5/053 / С. А. Образцов, С. Д. Леонов, Ю. В. Троицкий, Г. Н. Федоров; заявитель Смолен. гос. мед. акад. - № 2008110270/14; заявл. 17.03.2008; опубли. 10.09.2009 // *Бюл. № 25.* - 8 с.

3. Хасцаев, Б. Д. Импедансный метод в медико-биологических исследованиях и его приборное оснащение / Б. Д. Хасцаев // *Мед. техника.* - 1996. - № 3. - С. 34-40.

"AWAKE" ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ ПРИ ОТКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У "БЕССИМПТОМНЫХ" ПАЦИЕНТОВ

Рожновяну Г., Цынцарь С., Гургииш Р., Шор Э.
Государственный университет медицины и фармации
"Николая Тестемицану",
Национальный научно-практический центр скорой
помощи,
г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. В настоящее время известно, что только 50-75% ранений брюшной стенки являются проникающими и, в свою очередь, лишь 50-75% из них сопровождаются повреждениями внутренних органов, требующих хирургического вмешательства. Таким образом, обязательная диагностическая лапаротомия зачастую является неоправданной. В связи с этим, были предложены диагностические критерии отбора больных для лапаротомии: хирургическая обработка раны, лапароцентез, УЗИ, рентгенография и, не в последнюю очередь, лапароскопия.

В современной научной литературе мнения авторов по поводу лапароскопии противоречивы. Среди недостатков указывают на возможные осложнения, вызванные пневмоперитонеумом, ее инвазивность, низкая чувствительность в выявлении повреждений полых органов и забрюшинного пространства, а также высокая стоимость.

Цель. Оценка информативности "awake" лапароскопии в выборе тактики лечения "бессимптомных" пациентов с открытой травмой живота.

"Awake" или "трезвая" лапароскопия - обследование пациента под прикрытием местной анестезии.

"Бессимптомный" пациент - больной со стабильной гемодинамикой и открытой травмой живота без признаков перитонита или эвисцерации.

Материал и методы. Было обследовано 77 больных, госпитализированных в 2007-2010 гг в ННПЦСП г. Кишинев.

Критериями отбора служили: наличие глубокой раны в области живота, стабильная гемодинамика, отсутствие признаков перитонита или эвисцерации, а также отсутствие абсолютных противопоказаний для лапароскопии. Пациенты были обследованы лапароскопически под прикрытием местной анестезии. Во время лапароскопии уточнялся проникающий характер травмы, а также наличие повреждений органов брюшной полости, требующих хирургического вмешательства.

Результаты и обсуждение. У пациентов с ранением расположенным в области передней брюшной стенки (n=68) проникающий характер ранения был исключен в 25 случаях и подтвержден в 43. Чувствительность метода составляет 97,67%, специфичность - 100%, PPV 100%.

У 21 пострадавшего рана была расположена в торакоабдоминальной области. Травма диафрагмы исключена в 11 случаях (1 ложный результат), дефект диафрагмы обнаружен в 5 (в том числе, в одном случае с вклиниванием сальника в дефект). У 5 - имелись лишь косвенные признаки о травме диафрагмы. В общей

сложности информативность метода при травме диафрагмы: чувствительность -91%, специфичность - 100%, PPV - 100%, VPV -91%.

Для больных с проникающими ранениями (n=56 исследований) суммарная информативность метода в определении показаний для терапевтической лапаротомии: чувствительность - 50%, специфичность - 78,57%, PPV - 43,75%, VPV - 82,50%.

Выводы. Лапароскопия является чувствительным методом для подтверждения проникающего характера ранения, как для повреждений париетальной брюшины, так и диафрагмы. Благодаря созданному лечебно-диагностическому алгоритму использование лапароскопии позволяет сократить число неаргументированных эксплоративных лапаротомий, а не только определить показания к операции.

В медицинских учреждениях, где нет опыта применения консервативного лечения больных с открытой травмой живота, максимально инвазивным методом должна быть лапароскопия, и никак не эксплоративная лапаротомия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА МЕТОДОМ БИПОЛЯРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Седун В.В.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
г. Минск, Республика Беларусь.

Помимо непосредственного эффекта эндоскопического гемостаза (ЭГ) клинициста интересуют вопросы его надежности, влияния на размеры язвы и процессы ее заживления.

Цель. Изучить в эксперименте эффективность инъекционного гемостаза 70% этанолом, 1% этоксисклеролом, монополярной и биполярной коагуляции [1], обосновать ее применение.

Материал и методы. Исследования проведены согласно научно-методических и нормативных документов, регламентирующих выполнение экспериментальных исследований [2, 3], в соответствии с требованиями этического комитета, на 24 собаках. Учитывалось анатомическое сходство кровоснабжения, строения и размеров желудка с человеком [4, 5] и возможности выполнения ЭГДС с различными видами эндоскопических внутриспросветных операций на желудке [6, 7].

Эксперименты проводили под общим обезболиванием. Эндоскопическое моделирование желудочного кровотечения выполняли по оригинальной методике [8] с последующим выполнением ЭГ. Выведение из эксперимента, изучение изменений стенки желудка после воздействия различных методов гемостаза, проводили на 1, 2, 3, 5, 7, 10 сутки. Как основной критерий оценивали состояние местного гемостаза и размеры дефектов слизистой: площадь в мм². Статистическую обработку проводили при помощи пакета прикладных программ

Таблица 1. Устойчивости гемостаза после остановки желудочного кровотечения

Метод эндоскопического гемостаза	Количество поврежденных с устойчивым гемостазом		Точное значение р
	п	%	
Биполярная коагуляция (n=36)	35	97	-
Монополярная коагуляция (n=36)	26	72	0,0046<0,05
Инъекция 70% этанола (n=36)	29	81	0,0334<0,05
Инъекция 1% этоксисклерола (n=36)	31	86	0,0987>0,05

Таблица 2. Зависимость площади повреждений от метода остановки кровотечения

Метод эндоскопического гемостаза	Площадь мм ²			Точное значение р
	Me	25%	75%	
Биполярная коагуляция (n=36)	14,5	9,0	23,0	-
Монополярная коагуляция (n=36)	69,5	53,0	98,5	0,000001<0,05
Инъекция 70% Этанола (n=36)	40,0	15,0	69,5	0,000280<0,05
Инъекция 1% этоксисклерола (n=36)	17,0	12,5	29,0	0,130408>0,05

Statistica 6.0 [9].

Результаты и обсуждение. Каждому животному желудочное кровотечение моделировано и остановлено по 6 раз. Остановки экспериментального кровотечения удалось добиться в 100% случаев. Экспозиция коагуляции при использовании биполяра нашей конструкции была меньше, чем у монополяра, $10,22 \pm 2,02$ секунды и $21,6 \pm 4,16$ секунды соответственно ($p < 0,05$). После применения биполярной коагуляции рецидива кровотечения не было в 97% случаев, статистически значимые отличия с монополярной коагуляцией и инъекцией 70% этанола (таблица 1).

При использовании биполярной коагуляцией площадь повреждения стенки желудка была меньше других (таблица 2). Статистически значимые отличия получены с монополярной коагуляцией и инъекцией 70% этанола.

Выводы. Биполярная коагуляция является эффективным средством для остановки экспериментального желудочного кровотечения, гемостаз происходит быстрее чем при монополярной коагуляции, устойчивость его выше, а площадь повреждения меньше, чем при монополярной коагуляции и инъекционным гемостазом 70% этанолом ($p < 0,05$).

Литература:

1. Зонд для биполярной коагуляции: пат. ВУ 2245 U 2005.12.30, А 61М 31/00 /.
2. Правила доклинической оценки безопасности фармакологических средств (GLP) // Руководящий нормативный документ РД- 126-91.

3. Правила проведения работ с использованием экспериментальных животных / Утв. Ректором БелМАПО 16.07.2004.

4. Васильев, М. Ф. Практикум по клинической диагностике болезней животных / М. Ф. Васильев, Е. С. Воронин, Г. Л. Дугин; под ред. Е. С. Воронина. - М.: Колос С, 2003. - 269 с.

5. Шалимов, С. А. Руководство по экспериментальной хирургии / С. А. Шалимов, А. П. Радзиховский, Л. В. Кейсевич. - М.: Медицина, 1989. - 272 с.

6. Экспериментальное моделирование перитонита у собак при перфоративной гастродуоденальной язве / Г. П. Рычагов [и др.] // Новости хирургии. - 1998. №2. С 117-118.

7. Бибик, И. Л. Моделирование перитонита при перфоративных гастродуоденальных язвах в эксперименте на животных / И. Л. Бибик, А. Э. Данович // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: сб. тр. - Минск, 1997. - Т. 2. - С. 286-288.

8. Способ моделирования внутрижелудочного кровотечения: пат. ВУ 2261 U 2005.12.30, МКИ А 61М 31/00/.

9. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. - М.: МедиаСфера, 2003. - 312 с.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Семенюк Ю.С., Дзюбановский И.Я., Минич В.Г.
Государственное высшее учебное заведение
"Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского",
г. Тернополь, Украина

Актуальность. В последние 10 лет наметилась тенденция к снижению числа плановых операций по поводу осложнений язвенной болезни более, чем в 2 раза [1]. Однако не уменьшилась частота безотлагательных операций по поводу острых осложнений язвенной болезни, а уровень послеоперационной летальности при кровоточащей язве стабильно составляет 5-15 %, при продолжающемся кровотечении - 19-32%, при рецидивном кровотечении - 30-45 % [2, 3].

Цель. Разработать новые тактические подходы к лечению пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, которые базируются на результатах эндоскопического мониторинга контроля активности язвенного процесса и эффективности консервативных и эндоскопических лечебных мероприятий.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 507 больных с кровотечением с хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. У 209 - источником кровотечения была хроническая язва желудка и у 298 - хроническая язва двенадцатиперстной кишки. В возрасте 20-59 лет было 338 (66,7%) пациентов, в возрасте 60-74 лет - 98 (19,3%) и в возрасте 75-89 лет был 71 (14,0%) больной. С продолжающимся кровотечением поступило 45 (9,0%) пациентов (F1a - F1в), с

неустойчивым гемостазом (FIIa - FIIb) - 378 (74,5%) и со стойким гемостазом (F-III) - 84 (16,5%) больных. С легкой степенью кровопотери поступило 194 больных (38,3%), со средней - 221 (43,6%) и тяжелой - 92 (18,1%). Для объективной оценки тяжести состояния больного использовали шкалу SAPS II. Экстренную фиброгастро-дуоденоскопию (ФГДС) выполняли в первые два часа с момента поступления. Проводили эндоскопический гемостаз в 318 наблюдениях. При ФГДС оценку степени активности кровотечения проводили по классификации J. Forrest - В.И. Никишаев (1974, 2001). Показанием к эндоскопическому гемостазу было активное кровотечение (FIA - FIB). Профилактический гемостаз проводили больным с остановленным кровотечением, с признаками неустойчивого гемостаза (FIIa - FIIb).

Результаты и обсуждение. По данным эндоскопического мониторинга установлены сроки возникновения раннего (в течение 6-12 часов), отсроченного (12-24 часа) и позднего рецидива кровотечения (в течение 24-48 и более часов от поступления) или отсутствие опасности рецидива кровотечения.

Из общего количества (51) рецидивов кровотечений в сроки до 12 часов рецидивы были у 23 больных (4,2%), до 24 часов - у 15 (3,1%), до 48 часов - у 6 (1,3%), до 72 часов - у 5 (1,1%), на 3-5 сутки - у 2. В основном, это больные с активностью кровотечения по J. Forrest IIa и Forrest IIb. При этом из 201 больного с Forrest IIa рецидивных кровотечений было 24 (11,4%), из 177 пациентов с J. Forrest IIb рецидивы кровотечения отмечены у 17 (9,6%).

При выборе сроков превентивных операций учитывали не только эндоскопические критерии оценки гемостаза, эффективность эндоскопического гемостаза, но и оценивали тяжесть состояния пациента по SAPS II.

Прооперировано 139 (27,4%) пациентов, консервативно пролечено с применением эндоскопического гемостаза 368 (72,6%). Радикальные операции были выполнены у 97,7%, паллиативные - у 2,3%.

Отмечено снижение частоты раннего рецидива кровотечения с 21,6 до 2,0%, количества ранних послеоперационных осложнений с 45,6 до 5,8%, послеоперационной летальности с 8,0 до 1,6%, общей летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях с 4,7 до 0,9%.

Выводы. На выбор лечебной тактики влияют не только клиничко-эндоскопическая оценка активности кровотечения, эффективность эндоскопического гемостаза, но и объективная оценка тяжести общего состояния больного.

Литература.

1. Луцевич, Э. В. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. *От хирургии к терапии?* / Э. В. Луцевич, М. Н. Белов // *Хирургия.* - 2008. - № 1. - С. 4-7.

2. Гостищев, В. К. Патогенез рецидива острых гастродуоденальных кровотечений / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев // *Хирургия.* - 2004. - № 5. - С. 46-51.

3. Никишаев, В. И. Эндоскопическая диагностика и хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях / В. И. Никишаев // *Украин. журн. малоинвазивной та эндоскоп. хирургии.* - 2001. - № 5. - С. 30-31.

ОБУРАЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ТАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*Смотрин С.М., Гаврилик Б.Л., Апанасенко А.В.
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
г. Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости раком толстой кишки как в Беларуси, так и в других странах [1]. Медленный рост аденокарциномы толстой кишки, поздние клинические проявления приводят к поздней обращаемости пациентов. В большинстве случаев данные больные госпитализируются в общехирургический стационар при наличии симптомов кишечной непроходимости. И хотя алгоритм оказания хирургической помощи данной категории пациентов отработан, трудности в плане диагностики и тактики остаются.

Цель. Анализ результатов лечения больных с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза в условиях общехирургического стационара.

Материал и методы. В хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2004 г. по 2009 г. включительно находилось на лечении 122 больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Мужчин было 73 (59,8%), женщин - 49 (40,2%); городских жителей - 103 (84,4%), сельских - 19 (15,6%). В возрасте до 50 лет было 13 (10,7%) больных, от 51 до 60 лет - 34 (27,9%) больных, от 61 до 70 лет - 43 (35,2%) больных, старше 70 лет - 32 (26,2%) больных. Время от клинического проявления заболевания до поступления в стационар составляло от 3 часов до 2 недель. Причиной острой обтурационной кишечной непроходимости явился рак слепой кишки у 12 (9,8%) больных, рак восходящего отдела - у 15 (12,3%), рак поперечно-ободочной кишки - у 11 (9,0%), рак нисходящего отдела - у 11 (9,0%), рак сигмовидной кишки - у 50 (41,0%) и рак прямой кишки - у 23 (18,9%) пациентов. При поступлении проводилось клиническое, лабораторное, рентгенологическое и эндоскопическое обследование больных. Особое место отводило изучению пассажа бария по желудочно-кишечному тракту. Ультразвуковое и компьютерное исследование производилось с целью выявления метастазов. У большинства больных имела место тяжелая сопутствующая патология. Лабораторные показатели свидетельствовали о снижении гемоглобина у 32 (26,2%) больных, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево - у 48 (39,3%) пациентов. Из биохимических показателей имела место гипо- и диспротеинемия у 29 (23,8%) больных, гипергликемия - у 34 (27,7%) пациентов, повышение показателей мочевины и креатинина - у 37 (30,3%) и билирубина у 14 (11,5%) больных. Поступившим больным проводилась интенсивная трансфузионная терапия под контролем ЦВД и клиничко-лабораторных показателей. Параллельно выполнялись мероприятия, направленные на консервативное разрешение непроходимости (аспирация желудочного содержимого, постановка клизм).

Результаты и обсуждение. У 48 (39,3%) больных раком толстой кишки в результате проведенного лечения

удалось временно разрешить непроходимость, и в последующем они были направлены в онкодиспансер. Оперировано 74 (60,7%) больных. Из них 18 (24,3%) пациентов были оперированы в течение 4 часов от момента поступления, 36 (48,7%) - в течение первых суток, свыше одних суток - 20 (27,0%) пациентов. Радикальные операции выполнены 50 (67,5%) больным. Они предусматривали удаление раковой опухоли в результате широкой анатомической резекции толстой кишки и адекватной лимфаденэктомии с наложением концевой колостомы, в ряде случаев - илеотрансверзоанастомоза и толстокишечного анастомоза. У 3 больных из этой группы выполнена атипичная резекция печени при наличии одиночного метастаза. Из них правосторонняя гемиколэктомия произведена 10 больным, левосторонняя гемиколэктомия - 7 больным, операция Гартмана - 33 больным. В группе радикально оперированных умерло 3 (6,0%) больных. Ввиду распространенности опухолевого процесса 24 больным для разрешения непроходимости были выполнены: сигмостомия (10), илеостомия (3), илеотрансверзостомия (6), операция Гартмана - (4). У одного больного ограничились диагностической лапаротомией. Умерло 6 (25,0%) больных. Большой процент умерших в последней группе обусловлен распространенностью ракового процесса и наличием дооперационного перитонита.

Выводы. Таким образом, современные методы диагностики позволяют четко определиться у больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью кишечника, по тактике и объему оперативного вмешательства.

Литература:

1. Колоректальный рак / А. В. Воробей [и др.]; под ред. А. В. Воробья. - Мн.: Зорны верасень, 2005. - 160 с.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-2 В МОДИФИКАЦИИ ГОФМЕЙСТЕРА-ФИНКСТЕРЕРА ПРИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ

Соломонова Г.А.

ГК БСМП

г. Минск, Республика Беларусь

Существенное влияние на результаты хирургического лечения язвенных кровотечений, оказывает выбор вида оперативного вмешательства. Некоторые авторы считают приоритетной резекцию желудка [1, 2, 3]. Эта операция, как правило, приводит к остановке кровотечения. При данной патологии часто применяются различные модификации резекции желудка по Бильрот-2.

Цель. Изучить результаты применения резекции желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финкстерера при язве двенадцатиперстной кишки (ДПК), осложненной кровотечением.

Материал и методы. Наблюдалось 59 пациентов с хронической язвой ДПК, осложненной кровотечением,

которым выполнена резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финкстерера.

Средний возраст составил $47,2 \pm 8,8$ года (95% ДИ: 44,9-49,6, min 29, max 69).

Причиной кровотечения у всех явилась хроническая язва ДПК.

Сроки поступления пациентов в клинику от момента начала кровотечения в среднем 36,3 часа (медиана - 25,0, 25%-75% квартили - 12,0-48,0, min 2, max 168).

Кровопотеря легкой степени (до 15%) имела у 15 больных (25,4%), средней степени - у 14 (23,7%), тяжелой (свыше 25%) - у 30 (50,9%). Объем кровопотери составил в среднем $30,9 \pm 17,2\%$ (95% ДИ: 26,2-35,6, min 2, max 75), в абсолютных числах - $1758,4 \pm 1091,0$ мл (95% ДИ: 1457,4-2059,3, min 115, max 4918).

При первичной эзофагогастроуденоскопии (ЭГД-скопии) установлено наличие продолжающегося кровотечения у 19 пациентов (32,2%), состоявшегося у 30 (50,8%). В связи с наличием стеноза у 7 (11,9%) определялся лишь край язвы. У 2 (3,4%) была пища в желудке. 1 пациент (1,7%) поступил с клиникой прободной язвы, ЭГД-скопия при поступлении ему не выполнялась. 20 (33,9%) выполнен эндоскопический гемостаз: 19 спиртом с адреналином, 1 - этоксисклеролом. С целью контроля стабильности гемостаза, уточнения источника кровотечения повторно ЭГД-скопия произведена 42 больным (71,2%), трижды - 24 (40,7%). При необходимости: отказе больных от операции, наличии тяжелой сопутствующей патологии, эндоскопическое исследование повторялось. В среднем оно выполнено 2,4 раза (медиана - 2,0, 25%-75% квартили - 2-3, min 2, max 6).

Проводилась гемостатическая, противоязвенная терапия, восполнение объема циркулирующей крови. До операции перелито свежезамороженной плазмы - 341,9 мл (медиана - 260,0, 25%-75% квартили - 210-435 min 150, max 1070); эритроцитарной массы - 765,1 мл (медиана - 620,0, 25%-75% квартили - 540-870 min 400, max 1735).

Показатели гемодинамики перед операцией: ЧСС - 85,2 удара в минуту (медиана - 85,0, 25%-75% квартили - 72-96 min 64, max 126), АД систолическое - $131,9 \pm 27,0$ мм рт. ст. (95% ДИ: 124,9-139,0, min 70, max 200), АД диастолическое - $78,8 \pm 16,7$ мм рт. ст. (95% ДИ: 74,4-83,2, min 30, max 117).

Результаты и обсуждение. По поводу рецидива кровотечения оперирован 21 пациент, в связи с высоким риском рецидива кровотечения - 23. Сочетание кровотечения и прободения явилось показанием к операции у 2 пациентов. В отсроченном периоде в сроки от 8 до 27 суток с момента госпитализации в связи с неэффективностью консервативной терапии оперировано 13 пациентов.

Во время операции явления стеноза имелись у 32 пациентов (54,2%). Субкомпенсированный стеноз был у 24, компенсированный - у 4, декомпенсированный - у 4.

Пенетрация имела место у 51 пациента (86,4%): в поджелудочную железу - у 22 (43,1%), гепатодуоденальную связку - у 6 (11,8%), поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку - у 17 (33,3%), поджелудочную железу и желчный пузырь - у 2 (3,9%), гепатодуоденальную связку и желчный пузырь - у 1 (2,0%), поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку, желчный пузырь - у 3 (5,9%).

Пациенты оперированы в среднем через 113,5 час от начала кровотечения (медиана - 44,0, 25%-75% квартили - 21-97 min 2,0, max 648). Средняя длительность операции 243,8 минут (медиана - 225,0, 25%-75% квартили - 200-295 min 120,0, max 420,0).

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 11 пациентов (18,6%). 6 оперированы дважды (10,2%), 1 (1,7%) - трижды. Умерло двое (3,4%).

Средняя длительность пребывания в стационаре 20,9 дней (медиана - 15,0, 25%-75% квартили - 13-25, min 10, max 66). Койко-день после операции в среднем 16,5 (медиана - 13,0, 25%-75% квартили - 12-15, min 10, max 54).

Выводы.

1. Кровотокающая дуоденальная язва часто сочетается с другими осложнениями язвенного процесса: пенетрацией в рядом расположенные органы (86,4%), стенозом (54,2%).

2. Применение резекции желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финкстерера при язве ДПК, осложненной кровотечением, сопровождается определенным количеством послеоперационных осложнений (18,6%).

Литература:

1. Григорьев, С. Г. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях / С. Г. Григорьев, В. К. Корытцев // Хирургия - 1999. - № 6. - С. 20-23.
2. Калиш, Ю. И. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / Ю. И. Калиш, А. А. Турсуметов // Хирургия. - 2009. № 6. - С. 27-29.
3. Misra, S. P. Endoscopic injection therapy for bleeding peptic ulcer using absolute alcohol / S. P. Misra, M. Dwivedi // Trop. Doct. - 1998. - Vol. 28. - N I. - P. 28-30.

ОКСИДАНТНЫЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Ступин В.А., Силуянов С.В., Собиров М.А., Силина Е.В., Смирнова Г.О.
РГМУ им. Н.И. Пирогова, ММА им. Сеченова,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. В современных понятиях о полиэтиологической природе эрозивно язвенных поражений слизистой желудочно-кишечного тракта выделяют кислотозависимые и кислотонезависимые язвы, сопровождающиеся желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) и перфорациями. Основным компонентами современного лечения пациентов с ЖКК общепризнаны эндоскопический гемостаз и ингибиторы желудочной секреции. Однако у части больных, рецидив кровотечения, возможно, связан с кислотонезависимыми язвами, а следовательно, с неадекватной профилактикой ЖКК антисекреторными препаратами. Поэтому, актуальным является изучение механизмов альтерации слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной, в отсутствие кислотно-пептических факторов агрессии. По данным исследований Lingwood С.А. [2], одним из факторов повреждения слизистой является нарушение кровотока с развитием гипоксии.

Таблица. Показатели оксидантного стресса в группах сравнения

Показатели стресса	Добровольцы n=15	ЖКК n=23
ПИХЛб мВ/сх10 ⁶ 6L	154,6±28,6	57,9±38,8
ПИХЛс мВ/сх10 ⁶ 6L	526,3±82,4	1993,2±93,8
Инд/спон.ХЛ вторичной плазмы	2,06±0,38	2,26±0,49
МДА мкМ/л	2,72±0,27	4,08±1,16

Цель. Изучение маркеров оксидантного стресса у больных с кровотечениями из язвенных поражений слизистой желудка и двенадцатиперстной.

Материал и методы. За 2009 - 2010 гг. выполнено пилотное исследование маркеров оксидантного стресса у 23 пациентов с язвенными кровотечениями из желудка и 12 п.к., после успешного эндоскопического гемостаза. Всем пациентам до начала антисекреторной терапии во время ЭГДС выполнялась эндоскопическая рН-метрия, ацидогастрометром АГМ-03 производства "Исток-Система" г. Фрязино. Забор венозной крови проводился в первые сутки после гемостаза, на фоне антисекреторной терапии, анализ маркеров проводился в НИЦ им. Сеченова. У всех пациентов определялись следующие маркеры оксидантного стресса: показатель интенсивности хемилюминесценции базальной (ПИХЛб), показатель интенсивности хемилюминесценции стимулированной (ПИХЛс), индуцированная и спонтанная хемилюминесценция вторичной плазмы (Инд/спон.ХЛ вторичной плазмы) и вторичный продукт перекисного окисления липидов (ПОЛ) - малоновый диальдегид (МДА). В обследуемую группу включены пациенты от 21 до 78 лет, среди которых было 15 мужчин и 8 женщин. Источником ЖКК у 7 были язвы желудка и у 16 язвы двенадцатиперстной. Оценка степени тяжести кровопотери осуществлялась по Горбашко: средней тяжести у 14, тяжелая у 9. По эндоскопической картине оценивался риск рецидива ЖКК по Forrest. В группе контроля из 15 добровольцев также определяли показатели оксидантного стресса.

Результаты и обсуждение. В результате кровопотери отмечались гемодинамические нарушения метаболизма клеток и кислородного баланса [1].

Среди обследуемых пациентов с ЖКК у 10 выявлены кислотонезависимые эрозивно-язвенные поражения слизистой. Значения маркеров оксидантного стресса представлены в таблице.

По результатам видно, что до начала консервативной терапии отмечается статистически достоверное повышение показателей ПИХЛс и МДА (p<0.05) по сравнению с нормой что свидетельствует об интенсификации свободнорадикальных процессов (СРП).

У пациентов с показателем пониженной кислотности с целью улучшения микроциркуляции и обменных нарушений привлекают внимание, препараты с антиоксидантным и антигипоксическими свойствами которые, утилизируют свободные радикалы и восстанавливают синтез АТФ в клетках и тем самым ослабевают клеточный апоптоз.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о повышении показателей маркеров оксидантного стресса что отражает степень тяжести кровопотери активации у СРП и снижением АОА плазмы у больных с гастро-

дуоденальными кровотечениями результате гипоксии. В связи чем рекомендуется наряду с традиционным методом лечения включить в алгоритм лечения у больных с ЯГДК препараты имеющие антиоксидантные и антигипоксические свойства.

Литература:

1. *Острая кровопотеря. Взгляд на проблему / В. В. Мороз [и др.] // Анестезиол. и реаниматол. - 2002. - № 6. - С. 4-9.*
2. *Gastric glycerolipid as receptor for Campylobacter pylori / С. А. Lingwood [et al.] // Ibid. - 1990. - N 8657. - P. 141-238.*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ОСТРЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Ступин В.А., Силуянов С.В., Смирнова Г.О.,
Мартыросов А.В., Собиоров М.А.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, ГКБ №15
им. О.М. Филатова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Наиболее частой причиной развития острых язв желудочно-кишечного тракта является декомпенсация сопутствующей патологии и полиорганная недостаточность (ПОН) [1], что делает эту проблему междисциплинарной. Традиционное профилактическое назначение лекарственных средств, в направленных на снижение кислотопродуцирующей функции желудка, не решает проблематику, особенно при профилактике нормо- и гипоацидных язв. Новые представления о патогенезе острых язв позволяют эффективно воздействовать на защитные свойства слизистой оболочки, в частности, корректировать микроциркуляторные и обменные нарушения в ней и восстанавливать функцию антиоксидантной системы за счет уменьшения активности свободнорадикальных процессов [1], что особенно актуально при ПОН.

Цель. Разработка алгоритма лечения пациентов с желудочно-кишечным кровотечением из острых язв с использованием антиоксидантной терапии.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 560 пациентов с острыми язвами различной степени тяжести (возраст $59,3 \pm 17,4$ лет), развившимися на фоне ПОН. У 63,9% пациентов диагноз кровотечения не вызывал сомнения, у 36,1% пациентов кровотечение было скрытым, и выявлено при проведении эндоскопического исследования. В 51% случаев (286 больных) язвы возникали на фоне сердечно-сосудистой патологии, у 84 (15%) больных острые язвы развились на фоне цереброваскулярной болезни. 73 (13%) больных с кровотечением из острых язв имели сахарный диабет, 61 (11%), а у 56 (10%) - на фоне заболеваний печени, с явлениями печеночной недостаточности. Тактика лечения пациентов с острыми язвами зависела от характера секреторной активности желудка, риска рецидива кровотечения и группы прогноза ПОН. При первичной эндоскопии выполнялась эндоскопическая рН-метрия после

успешного гемостаза из острых язв. У 428 больных (76,5%) язвы развились на фоне гиперацидности, основным направлением лечения были ингибиторы протонной помпы. У 132 больных (23,5%) язвы были гипо- и нормоцидными, этим пациентам в качестве основного препарата назначали антиоксидантную терапию цитофлавином в дозе 20 мл 2 р/сут в/в-капельно на 400 мл 5% раствора глюкозы в течение 10 дней. Для изучения антиоксидантного и антигипоксического действия цитофлавина изучали показатели микроциркуляции слизистой желудка до и после курса цитофлавина с помощью лазерной доплеровской флоуметрии. Для адекватной количественной оценки тяжести состояния пациента использовали универсальную интегральную шкалу АРАСНЕ III.

Результаты и обсуждения. При дифференциации пациентов, в зависимости от этиологии и характера кислотности, было выявлено, что острые язвы в послеоперационном периоде в ОРИТ крайне редко (3%) развивались на фоне нормальной и пониженной секреции. Для этой категории острых язв характерна повышенная кислотопродукция в 97% случаев. У больных с острыми язвами на фоне приема лекарственных препаратов и острыми язвами на фоне декомпенсации сопутствующей патологии гипонормацидность была выявлена в 23,6% и 29,2% соответственно. Причины образования острых язв в этих случаях были связаны с нарушением факторов защиты и ишемии слизистой. При исследовании кровотока слизистой желудка у 132 больных, получавших цитофлавин, было выявлено, что форма ЛДФ-кривой после курса лечения была более рельефной с увеличенной амплитудой колебаний. Также наблюдалось достоверное возрастание величины интегрального микрогемодинамического показателя - индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) ($p < 0,05$), что говорит о повышении регионарного кровотока в желудке. После курса цитофлавином у всех пациентов отмечено снижение баллов по АРАСНЕ III на 5,5-25. Из 246 больных во 2 подгруппе ПОН при прогнозируемой летальности до 50% умерло 89 (36,2%). Из 55 пациентов этой подгруппы, получавших в качестве монотерапии цитофлавин, умерло 11 больных (20%), из 191 пациентов, получавших стандартную антисекреторную терапию, умерло 78 (40,2%). Таким образом, при применении антиоксидантной терапии у больных второй группы прогноза летальность была в 2 раза ниже ($p < 0,05$).

Выводы. У больных с острыми язвами на фоне высокой секреторной активности желудка основным направлением лечения является антисекреторная терапия ингибиторами протонного насоса. У больных с острыми язвами на фоне нормальной или сниженной секреторной активности желудка рекомендовано в качестве основного препарата назначать антиоксидантную терапию цитофлавином.

Литература:

1. *Афанасьев, В. В. Цитофлавин в интенсивной терапии: методические рекомендации / В. В. Афанасьев. - СПб., 2005. - 20 с.*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ С ПОГРУЖЕНИЕМ КУЛЬТИ В КИСЕТНЫЙ ШОВ

*Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Сibaев В.М.,
Уразбахтин И.М., Фаязов Р.Р., Шарафутдинов Р.Р.,
Сабириев Т.Т., Файзуллин Р.Р., Бакиров Э.Р.
Башкирский государственный медицинский
университет,
г. Уфа, Российская Федерация*

Актуальность. Частота интра- и послеоперационных осложнений при лапароскопической аппендэктомии невысока и составляет от 1,6 до 9,8%. Внутривнутрибрюшные осложнения, такие, как инфильтрат, абсцесс, несостоятельность культи аппендикса, кровотечение, острая спаечная кишечная непроходимость - при лапароскопической аппендэктомии лигатурным способом преобладают над раневыми осложнениями, присущими традиционной аппендэктомии.

Материал и методы. Клинический материал составили 308 больных, которым была выполнена лапароскопическая аппендэктомия погружным способом и 354 аппендэктомии лигатурным способом за период с 2000 по 2009 годы. Доля лапароскопических аппендэктомий составляет в среднем 20,4%.

Техника операции. Технические аспекты лапароскопической аппендэктомии с погружением культи в кисетный шов: операция из трех портов, пересечение брыжейки монополярной коагуляцией, прошивание и лигирование эндошвом. Отросток перевязывается двумя ручными эндолигатурами или петлями Редера. Погружение культи в кисетный S-образный шов, описанный в традиционной хирургии А.А.Русановым. Дополнительная перитонизация купола слепой кишки Z-швом. Время операции составило от 30 до 120 минут, в среднем 45 минут. Послеоперационные осложнения. В группе операций выполняемых лигатурным способом, из 354 операции в 18 случаях развились осложнения в раннем послеоперационном периоде, причем у 4 больных развилась несостоятельность культи червеобразного отростка, что потребовало лапаротомии, у 14 больных в послеоперационном периоде наблюдался инфильтрат, который был излечен консервативно, у 4 абсцесс, потребовавший лапароскопической санации. Немаловажным считаем и длительный субфебрилитет у данной группы больных (4-6 дней), что, как правило, настораживало в плане гнойных осложнений. В группе из 308 операций, выполненных с погружением культи в кисетный шов, несостоятельности культи не было ни в одном случае. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 6, из них воспалительный инфильтрат был у 3 больных, абсцесс у 3 больных, причем оперированных по поводу перфоративного аппендицита и периаппендикулярного абсцесса. Больным с абсцессом была выполнена лапароскопия, санация, дренирование. Послеоперационный период после лапароскопической аппендэктомии с погружением культи в кисетный шов характеризовался ранней активизацией больных, отсутствием болевой симптоматики. При обоих способах лапароскопической аппендэктомии каких-либо осложне-

ний со стороны троакарных ран не было зарегистрировано. Также следует отметить, что не возникло ни одного случая острой спаечной кишечной непроходимости. За все годы при выполнении лапароскопической аппендэктомии конверсий не было. Начиная с 2002 года, мы старались выполнять лапароскопическую аппендэктомию в тех случаях, когда выполнение традиционной аппендэктомии затруднено. А именно:

1. При ожирении, когда локальный доступ Мак-Бурнея становился недостаточным, его приходилось расширять, повышалась травматичность операции, ухудшались условия оперирования;
2. Атипичное расположение отростка, когда при лапаротомии тратилось время на поиск червеобразного отростка, его выведение, что нередко требовало расширения раны, выполнения ретроградной аппендэктомии;
3. При ранее перенесенных операциях на органах брюшной полости.

В таких случаях лапароскопическая аппендэктомия имеет преимущества над традиционной аппендэктомией. Во-первых, при лапароскопической аппендэктомии влияние доступа на условия оперирования минимальны. Кроме того, практически не тратим время на осуществление и закрытие самого доступа.

Выводы. Перитонизация культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с острым аппендицитом, снизить количество послеоперационных осложнений. Лапароскопическая аппендэктомия является альтернативным способом оперирования у больных с ожирением, с атипичными вариантами расположения червеобразного отростка и у больных с ранее перенесенными лапаротомиями.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*Тимербулатов В.М., Уразбахтин И.М., Сibaев В.М.,
Сагитов Р.Б., Тимербулатов Ш.В., Исмагилова Ю.М.,
Шарафутдинов Р.Р., Бакиров Э.Р.
Башкирский государственный медицинский
университет,
г. Уфа, Российская Федерация*

Актуальность. Совместные исследования, проведенные, в ряде стран Евросоюза, показали, что острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта составляют 50-170 случаев на 100 тыс. населения, а смертность - 5 - 10%, вызванная непосредственно эпизодами кровотечения или декомпенсации конкурирующих заболеваний. Рост количества больных с гастродуоденальными кровотечениями происходит в основном за счет стрессовых, медикаментозных язв, синдрома Мэллори-Вейсса, варикозного расширения вен пищевода и желудка. Общая летальность при кровотечениях из

верхних отделов желудочно-кишечного тракта достигает 16-17%, у лиц пожилого и старческого возраста в два раза выше, послеоперационная летальность до 10-12%, а при рецидивах кровотечения до 40% и более.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 1768 больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, находившихся в клинике за период с 2000-2009 гг. В структуре большую часть составили кровотечения из гастродуоденальных язв (40,4%), на втором месте (32,8%) - пищеводные кровотечения при синдроме Мэллори-Вейсса. На третьем месте источником кровотечения явились эрозивные поражения слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (13,4%), далее кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (5,32%), далее опухоли пищевода, желудка (2,14%). В силу того, что существующие подходы неоднозначно определяют показания к выбору того или иного метода лечения (эндоскопического, хирургического, консервативного) нами был разработан алгоритм лечебно-диагностической тактики и прогнозирования рисков повторного кровотечения с учетом локализации, характеристики непосредственно источника кровотечения, объема кровопотери и функционального состояния желудка. Для определения величины острой кровопотери нами разработана формула расчета кровопотери, заключающаяся в определении физической характеристики крови - показателя гематокрита и вычислении величины кровопотери. $V_{кп} = m \times 0,07 \times \frac{H_{тд} - H_{тф}}{H_{тд}}$, где $V_{кп}$ - величина кровопотери; m - масса тела больного; $H_{тд}$ - показатель гематокрита должный: у мужчин в среднем 47% (40-54%), у женщин 39% (36-42%); $H_{тф}$ - показатель гематокрита фактический. Как известно, объем циркулирующей крови у человека является достаточно постоянной величиной и составляет 7% от массы тела, должный объем циркулирующей крови рассчитывают как 0,07 часть массы тела. Таким образом, разработанный нами способ позволяет в течение 10-15 минут достаточно точно определить объем кровопотери. Данная методика была внедрена в клиническую практику в 2008-2009 году. По данной методике было проведена диагностика и лечение 423 больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями (в 2008 г. - 204 язвы, в 2009 г. - 219).

Результаты и обсуждение. Из гастродуоденальных язвенных кровотечений у 38 (9%) больных было кровотечение уровня Forrest 1 а, больные были сразу оперированы. Кровотечение уровня Forrest 1 б было у 16 (3,8%) больных, из них 9 (2%) у которых объем кровопотери не превысил 1500 мл и был выполнен эндоскопический гемостаз, при рассчитанной кровопотере свыше 1500 мл 7 (1,7%) больных были экстренно оперированы. У 194 (45,87%) больных кровотечение было уровня Forrest 2 а, больные находились в отделении ОАРИТ, ФГДС контроль выполнялся в периоде 8-12 часов в течение первых суток (2-3 раза), по стабилизации больного выполнялся эндоскопический гемостаз в сроки не позднее 1 суток от момента установления источника кровотечения. Эндоскопический гемостаз был проведен у 176 больных (90,7%). Из них у 8 (4,5%) больных после выполнения гемостаза в течение 1-2 суток возник рецидив кровотечения,

из них у 5 (62,5%) больных с объемом кровопотери до 1000 мл, был выполнен повторный эндоскопический гемостаз, а 3 (37,5%) с кровопотерей свыше 1500 мл - были оперированы. У 18 (9,3%) больных с уровнем кровотечения Forrest 2 а объем кровопотери был свыше 2000 мл, что явилось показанием к экстренной хирургической операции без проведения эндоскопического гемостаза. В данном случае абсолютным показанием к операции являлся непосредственно объем кровопотери. Кровотечение уровня Forrest 2 б было установлено у 96 (22,3%) больных. Эндоскопический гемостаз был выполнен у 73 (76%) больных, из них у 4 (5,5%) больных наступил рецидив кровотечения, в 2 случаях, когда объем кровопотери, был не более 1000 мл, выполнили повторный эндоскопический гемостаз, в 2 (50%) случаях при объеме кровопотери свыше 1500 мл выполнили оперативное лечение. У 18 (18,75%) больных эндоскопический гемостаз не выполнялся, 4 (4,2%) больных были оперированы в связи с тем, что объем кровопотери, превышал 2000 - 2500 мл. У 79 (18,68%) больных было установлено кровотечение Forrest 2 с. Данная группа больных находилась под наблюдением в хирургических отделениях, ФГДС-мониторирование не проводилось, рН-метрия выполнялась на 3-4 сутки для коррекции медикаментозной терапии. При кровотечениях уровня Forrest 1 б рН-метрия показала в большинстве случаев (90%) - ацидное состояние, что было расценено нами как фактор острой ишемии желудка. Данный фактор имел свое значение в плане склонения к хирургической тактике. При кровотечениях уровня Forrest 2 а, Forrest 2 б рН-метрию проводили в сроки от 8 до 24 часов от установления источника кровотечения при стабилизации состояния больного. В результате разработанного алгоритма лечебно-диагностических мероприятий при острых гастродуоденальных кровотечениях, общая летальность за два года снизилась с 2,1% до 1,0%. Послеоперационная летальность с 29,4% до 7,1%.

Вывод. Таким образом, эндоскопическая оценка источника кровотечения, оценка интенсивности кровотечения по Forrest, и определение объема кровопотери позволили выработать четкую последовательность всех действий, объективные показания, определить сроки хирургической операции, эндоскопического гемостаза и консервативной терапии и улучшить результаты эндоскопического и хирургического лечения данной группы больных.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И СРОКОВ ЕГО ВЫПОЛНЕНИЯ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И.,
Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Султанбаев А.У.
Бакирский государственный медицинский
университет,
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Более, чем в 90% случаев острая

толстокишечная непроходимость обусловлена злокачественной опухолью ободочной и прямой кишок. Послеоперационная летальность среди больных с данной патологией достигает 44%, а послеоперационные осложнения 40%.

Цель. Целью работы являлось определение вида оперативного вмешательства при острой толстокишечной непроходимости и сроков его выполнения путем оценки интраабдоминального давления и степени внутрибрюшной ишемии.

Материал и методы. Нами пролечено 85 больных острой толстокишечной непроходимостью: 49 (57,6%) мужчин и 36 (42,4%) женщин. Большинство больных были старше 60 лет. Наличие острой обструктивной толстокишечной непроходимости подтверждалось клиническими, рентгенологическими, ультразвуковыми, эндоскопическими методами исследования. Интраабдоминальное давление измерялось путем измерения давления в мочевом пузыре, желудке, в прямой кишке. Степень внутрибрюшной ишемии оценивалась по уровню лактата и рН крови.

Результаты и обсуждение. В 70 (82,3%) случаях интраабдоминальное давление превышало 10 мм рт. ст. У 28 (32,9%) больных оно находилось в пределах 10-15 мм рт. ст., а уровень лактата и рН крови не превышали показатели нормы. Данные больные оперировались не позже 24 часов от момента поступления. У 26 (30,6%) больных интраабдоминальное давление находилось в пределах 16-25 мм рт. ст., в крови имел место слабо выраженный ацидоз, уровень лактата находился в пределах 2-8 ммоль/л. Из данных больных до операции 8 (9,4%) произведена лазерная реканализация толстой кишки, 8 (9,4%) зондовая декомпрессия, после чего у 12 (14,1%) больных в течение 6 часов интраабдоминальное давление снизилось на $4,5 \pm 0,48$ мм рт. ст. При неэффективности дооперационной декомпрессии данные больные оперировались не позже 12 часов от момента поступления. У 16 (18,8%) больных уровень интраабдоминального давления превышал 25 мм рт. ст., в крови имели место выраженный ацидоз и повышение уровня лактата более 10 ммоль/л. Эти больные оперировались не позже 2 часов после предоперационной подготовки. Минилапаротомия с колостомией выполнены в 14 (16,5%), лапаротомия с колостомией в 19 (22,4%), обструктивная резекция толстой кишки в 11 (12,9%), резекция кишки с формированием межкишечного анастомоза в 41 (48,2%) случаях. У 2 (2,4%) больных повышение интраабдоминального давления явилось индикатором несостоятельности швов анастомоза.

Выводы. Измерение интраабдоминального давления, рН и уровня лактата крови позволяют объективно оценить тяжесть острой толстокишечной непроходимости, эффективность консервативного лечения, своевременно выставить показания к экстренной операции.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Уразбахтин И.М.,
Сибеев В.М., Кунафин М.С., Тимербулатов Ш.В.,
Шарафутдинов Р.Р., Бакиров Э.Р., Исмагилова Ю.М.,
Ямалов Р.А., Ярмухаметов И.М.*

*Бакирский государственный медицинский
университет,
г. Уфа, Российская Федерация*

Актуальность. Общая летальность при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта достигает 16-17%, послеоперационная - 10-12%, а при рецидивах кровотечения до - 40% и более. По данным UEGW (2009), расходы на лечение \$5,7 млрд.(USA). Заболеваемость за 2000 -2009 гг. в Европе возросла в 5 раз. Летальность 6,2 -26,6%. Послеоперационная летальность при острых гастродуоденальных кровотечениях по данным Юдина С.С. в 1930-1940 годы составляла 13,1%, в настоящее время, по данным Евсеева М.А. (2010), послеоперационная летальность в среднем по г. Москве в 2008 г составила 17,6% (от 6,5-33,6%). Причинами высокой общей и послеоперационной летальности при острых гастродуоденальных кровотечениях являются: тяжелый геморрагический шок; пожилой и старческий возраст; запоздалые показания к проведению экстренной хирургической операции; травматичность широкой лапаротомии. Как правило, при тяжелом геморрагическом шоке, а также лицам пожилого и старческого возраста при остром гастродуоденальном кровотечении отдается предпочтение не радикальной операции, а прошиванию кровоточащего сосуда или иссечению язвенного дефекта. Исходя из этих позиций, и 17 летнего опыта лапароскопических операций в неотложной хирургии, в нашей клинике нами была разработана методика лапароскопического гемостаза острых гастродуоденальных кровотечений под видеогастроскопическим контролем.

Материал и методы. По данной методике с февраля 2009 года оперировано 26 больных в возрасте от 27 до 69 лет. Среди оперированных мужчины составили 20 больных (76,9%), женщины 6(23,1%). Возрастной состав: 6 (23%) до 45 лет; 12 (46,2%) - до 65 лет; 8 (30,8%). По локализации источника кровотечения - 22 (84,6%) язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, 4 (25,4%) язвы передней стенки антрального отдела желудка. По интенсивности кровотечения данным способом оперированы 3(11,5%) язвы уровня Forrest 1b, 22 (84,6%) язвы уровня Forrest 2a и 1 (3,9%) язва Forrest 2b. На наш взгляд, концепция хирургической тактики должна предусматривать следующие ключевые моменты: ФГДС - локализация источника кровотечения и оценка его по Форресту; оценка тяжести больного с обязательным предварительным расчетом объема кровопотери по формуле Мура или её аналога; выбор метода гемостаза (консервативная терапия, эндоскопический внутрипросветный гемостаз, хирургическая операция). Методика лапароскопической операции при гастродуоденальном кровотечении заключалась в следующем: параумбили-

кально устанавливали 10мм троакар, накладывали пневмоперитонеум, вводили лапароскоп. Устанавливали дополнительные троакары в мезогастральных областях так же, как при ушивании прободной язвы. При осмотре на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки на серозной оболочке был выявлен звездчатый белесоватый рубец, помогающий в точной локализации язвы. На интраоперационной видеогастроскопии производилась визуализация кровоточащей язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Далее сопоставлялась видеогастроскопическая картина с лапароскопической для точной локализации язвы со стороны серозной оболочки. Под видеогастроскопическим контролем выполнялось прошивание язвы луковицы двенадцатиперстной кишки Z-образным швом викрилом 2x0 на круглой игле через все слои по методике ушивания прободной язвы. При этом, сосудистая культя располагалась в центре между швами и после затягивания узла достигался окончательный гемостаз. На видеогастроскопии осуществляли контроль гемостаза. Интраоперационной кровопотери не было. Устраняли пневмоперитонеум, накладывали швы на раны. Время операции составляло в среднем 20 минут. Особенностью данного вида операций явилось то, что хирург получает информацию одновременно с двух мониторов - лапароскопии и видеогастроскопии, и в соответствии с этим координировать свои действия. Послеоперационный период у всех больных был гладким. Всем больным проводилась стандартная противоязвенная терапия и коррекция постгеморрагической анемии. Контрольную ФГДС выполняли в сроки 7-8 суток после операции. Больные, оперированные данным способом, выписывались в сроки 8-12 суток после операции. Показанием для лапароскопического гемостаза под видеогастроскопическим контролем является кровотечение уровня Forrest 1b-2a, причем кровотечение уровня Forrest 2a будет предпочтительным. В данном случае ключевым моментом для отказа от консервативной терапии, а также проведения эндоскопического гемостаза будет определение объема кровопотери по формуле Мура или её аналога. Преимущества лапароскопической методики оперирования: операция начинается сразу после введения троакаров (отсутствует время, затрачиваемое на доступ особенно у тучных больных и больных с ожирением); небольшой объем операции - прошивание сквозь все слои кровоточащей язвы и последующая перитонизация -1-2 интракорпоральных шва; операция выполняется в течение 20 минут (отсутствует время доступа и закрытия доступа); минимальная травматичность, отсутствие послеоперационного болевого синдрома, пареза кишечника; надежность гемостаза сопоставима с гемостазом при операции из широкой лапаротомии.

Результаты и обсуждение. Время выполнения операции составило от 15 до 25 минут, в среднем 20 минут. Интраоперационной кровопотери, связанной с доступом и этапами операции, не было. В случае неудачи гемостаза гастроуденального кровотечения из лапароскопического доступа нами во всех случаях была запланирована конверсия и выполнение операции традиционным путем. Конверсий не было. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. Все больные были выписаны из стационара в сроки от 8 до 12 суток. Послеоперационных

осложнений, летальности после данной операции не было.

Выводы. Простота и эффективность методики выполнения операции, наличие соответствующей аппаратуры, квалифицированных специалистов в городских хирургических стационарах позволят широко внедрить лапароскопический гемостаз острых гастроуденальных кровотечений под видеогастроскопическим контролем в широкую хирургическую практику.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СКЛЕРОЗИРОВАНИЕ ВАРИКОЗНО ИЗМЕНЁННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Третьяк С.И., Савченко А.В., Авдей Е.Л.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
УЗ "9-я клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. За последние 10 лет смертность от цирроза печени различной этиологии возросла в 2 раза [1]. Прогноз значительно ухудшается при развитии кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Рецидив таких кровотечений в течение первых 2 лет после первого эпизода возникает почти у 100% больных [2]. Эндоскопическое склерозирование (ЭС) ВРВПЖ считается одним из наиболее доступных методов лечения больных с этим осложнением.

Материал и методы. В исследование включены 220 больных с синдромом портальной гипертензии (ПГ) различного генеза и наличием ВРВПЖ (158 с внутрипечёночной и 62 с подпечёночной формой ПГ), в возрасте от 15 до 78 лет. В процессе исследования выполнено 614 сеансов ЭС ВРВПЖ. В качестве склерозирующих агентов использовались полидоканол 0,5-3% раствор, тетрадецилсульфат натрия 1-3% раствор. В ходе одной инъекции вводили от 0,5 до 1 мл склерозанта интра-, паравазально либо смешанно. За один сеанс склерозирующей терапии вводили от 5 до 40 мл склерозанта. В ходе одного сеанса проводилось склерозирование всех визуально значимых ВРВПЖ. После выполнения сеанса ЭС пациентам, у которых имелось поступление крови из мест инъекций, при невозможности остановки этого кровотечения дополнительным введением склерозанта, проводилась постановка зонда-обтуратора Блэкморра. Оценка эффективности ЭС, выявление возможных осложнений, необходимость проведения повторных сеансов проводилась при контрольном эндоскопическом исследовании через 1 неделю. До включения в исследование у большинства пациентов имели место эпизоды кровотечений из ВРВПЖ (у 60 человек (96,8%) с подпечёночной и у 137 человек (87%) с внутрипечёночной формой ПГ). У 95% больных с подпечёночной и у 100% больных с внутрипечёночной формой ПГ была 3 степень расширения варикозно изменённых вен. Длительность наблюдения составила от 2 месяцев до 8 лет.

Результаты и обсуждение. 62 пациентам с подпече-

ночной формой ПГ выполнено 205 сеансов ЭС ВРВПЖ. Количество сеансов у одного больного - от 1 до 10. Большинству пациентов потребовалось от 1 до 6 сеансов (59 человек, 95,2%). У 35 пациентов (56,5%) достигнута полная облитерация ВРВПЖ. У 19 больных (30,6%) степень варикоза значительно уменьшилась и в процессе динамического наблюдения оценена как I. У 6 человек (9,7%) также достигнут положительный эффект и достигнуто уменьшение степени варикоза до II. Полная облитерация, либо уменьшение степени ВРВПЖ до I, расценивались как хорошие результаты лечения. Таким образом, хороших результатов удалось достичь в 87,1%. В процессе динамического наблюдения за этой группой больных (длительность наблюдения составила до 8 лет), у 12 (19,4%) пациентов отмечены эпизоды кровотечений из ВРВПЖ. Все эпизоды состоялись в раннем периоде после ЭС - не позднее 6 месяцев от начала проведения лечебных сеансов. Всем пациентам была повторно выполнена ЭС.

В исследование были включены 158 пациентов с внутрипеченочной формой ПГ. Общее количество сеансов ЭС в данной подгруппе составило 409. Одному пациенту выполнялось от 1 до 9 процедур. Большинству больных выполнено 1 - 4 сеанса ЭС ВРВПЖ (143 человека, 90,5%). Длительность наблюдения в этой группе составила от 3 недель до 6,5 лет. У 79 (50%) пациентов выявлено полное отсутствие ВРВПЖ. 43 больных (27,2%) имели I степень варикозного расширения вен. У 16 пациентов (10,1%) степень варикоза оценена как II, и у 5 больных (3,2%) сохранилась III степень варикозного расширения вен. Оцененное нами как хороший результат уменьшение степени ВРВПЖ до I, либо полная облитерация вен, достигнуто в 77,2% случаев. Эпизоды кровотечений в период после ЭС ВРВПЖ имели место у 38 больных (24,5%).

Выводы. ЭС ВРВПЖ является высокоэффективным методом лечения. Хорошие результаты склерозирования (полная облитерация или уменьшение степени эктазии вен до I) достигаются в 77,2-87,1% случаев, а количество эпизодов кровотечений достоверно ($p < 0,001$) уменьшается с 87-96,8% до 19,4-24,5% после ЭС, что позволяет увеличить продолжительность и улучшить качество жизни больных с синдромом ПГ различного генеза.

Литература:

1. Гарелик, П. В. Тактика хирурга при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при циррозах печени и портальной гипертензии / П. В. Гарелик, О. И. Дубровицк, Ю. Ф. Пакульевич // Учителю посвящается: юбил. сб. науч. тр. по хирургии, посвящ. 80-летию со дня рождения И. Я. Макишанова. - Гродно, 2004. - С. 53-58.

2. Королев, М. П. Эндоскопическое лечение варикозно расширенных вен пищевода и желудка при синдроме портальной гипертензии у детей / М. П. Королев, С. В. Гольбиц // Амбулатор. хирургия. - 2006. - № 1. - С. 45-47.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

*Уразбахтин И.М., Сагитов Р.Б., Бакиров Э.Р.,
Сибеев В.М., Шарафутдинов Р.Р., Исмагилова Ю.М.,
Тимербулатов Ш.В., Ямалов Р.А.
Башкирский государственный медицинский
университет Больница скорой медицинской помощи
г. Уфа, Российская Федерация*

Актуальность. По данным Longstreth GF, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта составляют 100 случаев на 100 тысяч населения. По данным Van Dam J, Gilbert DA, гастродуоденальные язвы являются в 50-75% случаев причиной острого желудочно-кишечного кровотечения. Уровень смертности колеблется от 5 до 10% и в развитых странах имеет тенденцию к снижению. Летальность при рецидиве кровотечения остается высокой - 30-40%. Общая летальность после экстренных операций по поводу желудочно-кишечных кровотечений составляет 10-80%, в том числе 29% при рецидивах кровотечения.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 1768 больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, находившихся в клинике за 2000-2009 гг. Большую часть составили кровотечения из гастродуоденальных язв (40,4%), на втором месте (32,8%) - пищеводные кровотечения при синдроме Мэллори-Вейсса. На третьем месте источником кровотечения явились эрозивные поражения слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (13,4%), далее кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (5,32%), далее опухоли пищевода, желудка (2,14%). В структуре кровотечений из гастродуоденальных язв наибольшее число эпизодов обусловлено острыми язвами - 64,57%. Кровотечения при острой язве желудка (34,17%) незначительно преобладают над дуоденальной локализацией (30,4%). Кровотечения, обусловленные хроническими дуоденальными язвами (20,87%) преобладают над кровотечением из хронических язв желудочной локализации (14,56%).

Эндоскопический гемостаз выполняется при кровотечениях уровня F1b-F2a-F2b. При этом кровотечение F2a является золотым стандартом для выполнения эндоскопического гемостаза. Сложность выполнения эндоскопического гемостаза обусловлена двумя факторами. Технические причины - возможности гастроскопа и метода остановки кровотечения и исходя из анатомии полости пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Анатомические причины: локализация источника кровотечения; легкие локализации источников гастродуоденального кровотечения для эндоскопического гемостаза; желудок (антральный отдел) в том числе наиболее удобная препилорическая область и привратник; тело желудка - верхняя, нижняя и средняя треть большой кривизны и передней стенок; нижняя треть пищевода и кардиальный жом. Локализации средней степени сложности: угол желудка при инверсионном положении гастроскопа; задняя стенка тела желудка (верхняя,

средняя и нижняя трети); малая кривизна средней и верхней трети тела желудка; дно желудка. Трудные локализации для выполнения эндоскопического гемостаза: субкардиальный отдел желудка, луковица двенадцатиперстной кишки; верхняя треть пищевода. При легкой локализации источника кровотечения, например, в препилорическом отделе желудка - гастроскоп расположен строго напротив источника, при этом амплитуда движений аппарата вверх, вниз, вправо и влево остается самой максимальной в пределах 90-180 градусов и поле зрения более 100 градусов (100%) т.е в данном случае больше возможностей для визуализации, прицеливания и выполнения точной манипуляции. При средней степени сложности расположения источника кровотечения, например на задней стенке средней трети тела желудка ограничивается движение аппарата вправо - из 90 градусов только до 5-10 градусов, влево, вверх и вниз объем движений сохраняется, поле зрения уменьшается на 50% таким образом, технические возможности уменьшаются на 30-40 %. При трудной локализации язвы при субкардиальном расположении язвы для лучшей визуализации приходится вводить гастроскоп практически на всю длину и располагать аппарат в инверсионном положении, подвижность самого эндоскопа, амплитуда возможных движений - вверх, вниз, влево, вправо также ухудшены до 20 градусов, но удается улучшить поле зрения до 100 градусов (расположить источник кровотечения по центру объектива эндоскопа) и сопоставить ось инструментального канала с источником кровотечения. При трудной локализации источника кровотечения в луковице двенадцатиперстной кишки объем движений во все стороны уменьшается до 5 градусов, за счет ограничения подвижности эндоскопа в привратнике. Поле зрения сокращается на 70-80% - язва расположена не по центру объектива на периферии, визуализируется с трудом. Кроме того, направление хода инструментального канала эндоскопа не совпадает с полем зрения язвы, что вызывает крайние затруднения в проведении гемостаза. Кроме того, относительно тонкая стенка пищевода и луковицы двенадцатиперстной кишки, по сравнению с желудком, ограничивают применение электрохирургических методов, как методов эндоскопического гемостаза в связи с опасностью последующей перфорации. Узкий просвет пищевода и луковицы двенадцатиперстной кишки также ограничивает возможность проведения каких-либо манипуляций по остановке кровотечения за счет меньших углов поворота аппарата, невозможности инверсии, а также данные органы обладают малым объемом, что при кровотечении ухудшает визуализацию.

Наиболее доступным для выполнения всех видов эндоскопического гемостаза является полость желудка. Большие размеры, достаточно толстая стенка позволяют безопасно применять как инъекционные, так и электрохирургические методы гемостаза. Кроме того, большая полость желудка позволяет выполнять эндоскопический гемостаз при кровотечениях уровня Forrest 1a-b, так как есть место для свободного скопления крови и сохранения визуализации непосредственно источника кровотечения.

Результаты и обсуждение. За последние три года эндоскопический гемостаз был выполнен у 108 больных. Из них эндоскопический гемостаз при кровотечениях из

острых язв желудка у 64 (59,3%) больных, из хронических язв желудка у 24 (22,2%), из острых дуоденальных язв у 12 (11,1%) и при синдроме Мэллори-Вейсса у 8 (7,4%). Из 108 случаев эндоскопический гемостаз был выполнен при кровотечении F1a-b у 4 (3,7%) больных с острыми язвами желудка - как временный гемостаз, позволивший стабилизировать состояние. В последующем при повторной ФГДС трем больным из этой группы было решено выполнить окончательный гемостаз, больные были оперированы. При кровотечении уровня F2a эндоскопический гемостаз был выполнен у 96 (88,9%) больных. Из них 48 больных имели язвы антрального и препилорического отделов желудка и 8 больных с синдромом Мэллори-Вейсса - легкой локализации для эндоскопического гемостаза. В данной группе рецидивов кровотечений за три года не наблюдали. Далее у 34 больных источник кровотечения был расположен на задней стенке тела желудка или малой кривизне тела желудка т.е средней степени сложности для выполнения эндоскопического гемостаза. В данной группе у 4 больных возникли сомнения в надежности эндоскопического гемостаза в виде сгустка крови на язве при повторной ФГДС, наличия жидкости типа "кофейной гущи", что явилось показанием к экстренной операции и окончательному гемостазу. У 12 больных была установлена трудная локализация источника кровотечения уровня F2a - субкардиальный отдел желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. При трудной локализации из 12 больных 4 (30%) ввиду ненадежности гемостаза была выполнена хирургическая операция. При кровотечении уровня F2b эндоскопический гемостаз был выполнен 8 (7,4%) больным. Угрозы повторного кровотечения у данной группы больных после эндоскопического гемостаза не было. В целом выполненный эндоскопический гемостаз при кровотечении уровня F2a является эффективным и надежным. У 84 больных удалось достичь надежного окончательного гемостаза, у 8 (7,4%) больных после проведения манипуляции возникли сомнения в надежности из-за риска повторного кровотечения больные были оперированы. Рецидив кровотечения наступил у 6 больных с гастродуоденальными язвами. Из них у 4 больных с язвами луковицы двенадцатиперстной кишки. В целом, частота рецидива кровотечения после выполнения эндоскопического гемостаза составила 5,5%.

Выводы. Эндоскопический гемостаз в 87,9% случаев - эффективный метод остановки острых гастродуоденальных кровотечений при легкой и средней степени сложности локализации источника кровотечения. При трудной локализации источника кровотечения надежность эндоскопического гемостаза резко снижается и в трети случаев потребовалась хирургическая операция и окончательный гемостаз. Эндоскопический гемостаз не является альтернативой или заменой открытой хирургии, а есть дополняющий метод лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Фаязов Р.Р., Сагитов Р.Б.,
Гареев Р.Н., Султанбаев А.У.
Бакирский государственный медицинский
университет,
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Диагностика, лечение и профилактика осложнений травматических абдоминальных повреждений (ТАП) в современности продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем urgentной хирургии.

Цель. Улучшение результатов лечения пострадавших с ТАП путем совершенствования методов ранней диагностики, хирургической тактики и профилактики осложнений с использованием миниинвазивных хирургических технологий (МХТ), разработки эффективных методов органосберегательных и заместительных оперативных вмешательств.

Материал и методы. Клинический материал составил 968 пострадавших с ТАП, из них 446 (46,1%) - закрытые повреждения, 522 (53,9%) - открытые ранения. Изолированные повреждения были у 740 (76,4%) пострадавших, а сочетанные - у 228 (23,6%), у 64 (28,1%) ранения имели торакоабдоминальный характер. У 263 (27,2%) пострадавших повреждения органов брюшной полости не выявлены. Более 80% пострадавших составили мужчины трудоспособного возраста. В хирургической тактике широко применяли разработанный нами алгоритм ведения пострадавших с ТАП с использованием МХТ. Данный алгоритм включает в себя: а) широкое использование в ранней топической диагностике - ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, грудной клетки и забрюшинного пространства, как в дооперационном периоде, так и интраоперационно; компьютерную томографию; лапароскопию, в т.ч. при проникающих абдоминальных ранениях; мини-торакотомию и торакоскопию при торакоабдоминальных ранениях; б) в лечении - манипуляции из лапароскопического доступа, при необходимости с ассистенцией из мини-лапаротомного и мини-торакотомного доступов; в) в профилактике осложнений - органосберегательные и заместительные операции при травмах селезенки; щадящие (из минидоступов) операции при травмах печени и поджелудочной железы. Основные узловые моменты использования МХТ при ТАП заключались в следующем: а) использование УЗИ, особенно у пострадавших с сочетанными абдоминальными травмами позволяло выявить доминирующее повреждение, выставить топический диагноз и выбрать адекватный объем операции; б) хирургическая коррекция повреждений более, чем в трети случаев производилась посредством лапароскопии, в большинстве случаев с дополнением манипуляции из мини-лапаротомного доступа в проекции поврежденного органа, т.н. эндоскопически ассистированные операции; в) при торакоабдоминальных ранениях предпочтение отдавалось мини-торакотомной диагностике плев-

ральной полости и диафрагмы, при их повреждении ушивание ран производилось из данного доступа с переходом на диагностическую лапароскопию; г) диагностика и хирургическая коррекция проникающих колото-резаных абдоминальных ранений в большинстве случаев производилась с использованием эндоскопических и, при необходимости, эндоскопически ассистированных операции. Противопоказаниями к использованию МХТ при ТАП являлись: а) в диагностике - геморрагический шок тяжелой степени, множественные проникающие колото-резаные абдоминальные ранения, огнестрельные ранения; б) в хирургическом лечении - наличие крови в брюшной и плевральной полостях более 500 мл, множественные повреждения органов, разлитой и общий перитониты, отсутствие в бригаде квалифицированных эндохирургов.

Результаты и обсуждение. Клинический материал был разделен на 2 группы. Контрольную группу составили пострадавшие, пролеченные в нашей клинике с 1994 по 2000 годы и использование МХТ в хирургической тактике при ТАП у них составило 25,4%. Основную группу составили пострадавшие, пролеченные с 2001 по 2007 годы, использование МХТ у них было в 88,0% случаев. Сравнительный анализ показал, что разработанный алгоритм позволил нам у 82,0% пострадавших установить ранний топический диагноз и провести адекватные оперативные вмешательства на травмированных органах, в том числе у 34,0% из них с использованием эндоскопических и эндоскопически ассистированных операций, а у 36,0% исключить необоснованные хирургические вмешательства, снизить показатели осложнений с 29,7% до 16,8%, летальности с 12,3% до 7,4%.

Выводы. Современная концепция миниинвазивной и органосберегательной хирургической тактики при ТАП продиктована новыми условиями и возможностями в хирургии, является весьма перспективным направлением и позволяет существенно улучшить неудовлетворительные результаты лечения данной категории пострадавших.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ И МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Фаязов Р.Р., Тимербулатов В.М.,
Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н.
Бакирский государственный медицинский
университет,
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Диагностика и хирургическое лечение травматических повреждений печени (ТПП) остается актуальной проблемой современной хирургии. Большие размеры, особенности локализации и фиксации печени объясняют, что она нередко повреждается при проникающих и закрытых травмах живота, уступая по частоте травмирования только кишечнику.

Цель. Определение роли и эффективности неинвазивных и миниинвазивных технологий в диагностике и хирургическом лечении пострадавших с ТПП.

Материал и методы. В клинический материал вошли 137 пострадавших с ТПП, поступивших в Больницу скорой медицинской помощи г. Уфы за 2001-2009 годы. Из них по поводу ранений - 84 (61,3%), различных повреждений - 53 (38,7%). У 98 (71,5%) пострадавших травма была сочетанной. В течение 3 часов с момента травмы госпитализировано 96 (70,1%) пострадавших и 117 (85,4%) с ранениями печени. В диагностике ТПП ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) выполнено 129 (94,1%) пострадавшим, компьютерная томография ОБП - 5 (3,7%), диагностическая лапароскопия - 120 (87,6%). Все больные были оперированы в течение первых часов от момента поступления. Лапароскопически гемостаз достигался коагуляцией раневой поверхности печени, аппликацией гемостатических материалов (гемостатическая губка, Тахокомб). При невозможности выполнить основной хирургический прием во время лапароскопии выполняли лапароскопическую санацию брюшной полости с последующей минилапаротомией в проекции раны, то есть выполняли лапароскопически ассистированные операции. При тяжелом состоянии больного, явлениях геморрагического шока и наличии интраабдоминальной гипертензии, когда лапароскопия противопоказана, оперативное вмешательство выполняли через лапаротомный доступ.

Результаты и обсуждение. При помощи УЗИ ОБП диагноз ТПП был установлен в 127 (92,7%) случаев, при помощи компьютерной томографии и диагностической лапароскопии в (137) 100%. Через лапаротомный доступ оперировано 29 (21,2%) пострадавших, лапароскопические вмешательства выполнены 97 (70,8%) пострадавшим, лапароскопически ассистированные 11 (8%). Летальный исход наступил у 8 (5,8%) больных. Причинами смерти у всех больных явились позднее поступление в стационар, сочетанный характер травмы с декомпенсированным травматично-геморрагическим шоком. Послеоперационные осложнения в виде абсцессов брюшной полости, перитонита, рецидива кровотечения, гемобилии, ранней спаечной кишечной непроходимости, нагноения ран возникли в 17 (12,4%) случаях.

Выводы. Таким образом, в диагностике ТПП, помимо клинической картины, наибольшей информативностью обладают УЗИ ОБП, компьютерная томография и диагностическая лапароскопия. В 78,8% случаев основной хирургический прием при ТПП возможно выполнять, используя миниинвазивные доступы. При тяжелой травме с явлениями травматико-геморрагического шока, при явлениях интраабдоминальной гипертензии оперативное вмешательство следует выполнять через лапаротомный доступ.

СОХРАНЯЮЩИЕ И ЗАМЕЩАЮЩИЕ СЕЛЕЗЕНКУ ОПЕРАТИВНЫЕ ПОСОБИЯ В ХИРУРГИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

*Фаязов Р.Р., Тимербулатов В.М.,
Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н.
Башкирский государственный медицинский
университет,
г. Уфа, Российская Федерация*

Актуальность. Травматическое повреждение селезенки в большинстве случаев приводит к проведению спленэктомии. Развитие так называемого постспленэктомического синдрома, который характеризуется выраженным угнетением противоинфекционного и противоопухолевого иммунитета, нарушением свертывающейся системы крови приводит к развитию осложнений в послеоперационном периоде и ухудшает качество жизни пострадавших. Поэтому, на современной стадии развития хирургии сохраняющие и замещающие селезенку оперативные пособия при выполнении оперативных манипуляций при травмах селезенки должны стать определяющими.

Цель. Целью исследования явилось изучение эффективности применения сохраняющих и замещающих селезенку оперативных пособий при ее травматическом повреждении.

Материал и методы. Клинический материал составили 69 больных, у которых использовались сберегающие и замещающие селезенку операции. У 48 (69,5%) имелось травматическое повреждение селезенки, послужившие основанием у 36 пострадавших к субтотальной ее резекции и у 12 - органосберегающей операции. Субтотальная резекция селезенки подразумевает лигирование основного ствола селезеночной артерии в области ворот селезенки и проведение ее резекции с сохранением верхнего полюса и коротких артерии желудка. Органосберегающая тактика использована у больных с травмами капсулы селезенки, во время лапароскопии гемостаз достигнут коагуляцией у 4 больных и с использованием препарата "ТахоКомб" у 8 больных. Аутотрансплантация селезеночной ткани в большой сальник в виде фрагментов у 14 больных выполнена после вынужденной спленэктомии при полных отрывах в области ворот селезенки, у 3 - после неудавшихся попыток органосберегающей тактики. У 4 пострадавших использована методика "резидуализации" селезеночной ткани, суть которой заключается в проведении спленэктомии не в области ворот, а по паренхиме органа. При данной методике прилегающая к желудку и хвосту поджелудочной железы часть селезеночной паренхимы остается неудаленной. Для определения степени эффективности использования сохраняющих и замещающих селезенку операций мы провели сравнительный анализ по принципу исторического контроля. Была составлена контрольная группа путем ретроспективного анализа (за период с 1997 по 2002гг.) истории болезни 38 больных, которым выполнялась спленэктомия, без применения сохраняющих и замещающих оперативных пособий. Группы по

своей структуре были сравнимыми.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ клинического материала показал, что с внедрением сохраняющих и замещающих селезенку операций при травмах селезенки послеоперационные осложнения снизились с 28,4% до 15,1%, летальность с 15,9% до 6,6%. Полученные данные исследования лейкоцитарной формулы у пострадавших с травмами селезенки и поджелудочной железы, которым проводилась спленэктомия без аутоимплантации, органосохраняющая и замещающая операции, при сравнительном анализе общего количества лейкоцитов, процентного и абсолютного содержания нейтрофилов, позволили отметить, что резекция селезенки, имплантация приводят к несущественным сдвигам лейкоцитарной формулы, что свидетельствует об удовлетворительном состоянии системы иммунитета после данных операций.

Выводы. Применение методики перевязки основного ствола селезеночной артерии позволяет сохранить функционально активную селезенку, а аутотрансплантации ткани селезенки - провести профилактику постспленэктомического синдрома. Использование сохраняющих и замещающих селезенку оперативных пособий позволяет существенно снизить неудовлетворительные показатели лечения данной категории больных.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ИЗ КОСОГО ПАРАРЕКТАЛЬНОГО МИНИ-ДОСТУПА

Фомин С.А.

Муниципальное клиническое учреждение здравоохранения медсанчасть Новоярославского нефтеперерабатывающего завода, г. Ярославль, Российская Федерация

Актуальность. Хирургическая операция всегда является агрессией и сопровождается значительной травмой для организма, которая обусловлена выполнением доступа к пораженному органу, его мобилизацией, длительностью операции.

Материал и методы. Мы применяем разработанный нами косой параректальный мини-доступ (Патент РФ № 2346658) при операциях по поводу острого аппендицита. Операция выполняется стандартным набором общехирургических инструментов. Направление разреза - от точки Мак Бурнея, расположенной между наружной и средней третью линии, соединяющий пупок с правой передней верхней остью подвздошной кости, параллельно паховой связке к правому латеральному краю прямой мышцы живота. Разрез передней брюшной стенки начинается от linea biliosa или на 1-2 сантиметра ниже длиной 3-4 сантиметра в зависимости от телосложения и индекса массы тела. Рассекается кожа и подкожная клетчатка. Апоневроз наружной косой мышцы живота рассекается по ходу апоневротических волокон, от границы окончания мышечных волокон с переходом на

переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. Влагалище прямой мышцы живота полностью не вскрывается. Разрез апоневроза наружной косой мышцы живота по длине больше кожного разреза на 2-4 сантиметра. При необходимости расширения доступа мышечные волокна наружной косой мышцы живота раздвигаются тупо, без рассечения.

Внутренняя косая мышца живота и поперечная мышца живота тупо раздвигаются на границе перехода мышечных волокон внутренней косой мышцы живота в апоневротические, в непосредственной близости от латерального края влагалища прямой мышцы живота (Спигелевая линия). Мышцы растягиваются крючками по длине кожной раны. При необходимости расширения доступа внутренняя косая мышца рассекается вдоль Спигелевой линии. Брюшина захватывается двумя зажимами, приподнимается в виде конуса и рассекается ножницами на небольшом протяжении. Рана тампонируется марлевыми салфетками, к которым зажимами Микулича фиксируются края брюшины. Обработку культи червеобразного отростка проводим лигатурно-инвагинационным способом.

Результаты и обсуждение. По нашему мнению, показанием для использования мини-доступа является типичная клиническая картина острого аппендицита, давность заболевания не более 24 часов, индекс массы тела пациентов не более 26.

В отличие от ранее предложенных разрезов Волковича - Дьяконова - Мак Бурнея, Леннандера, Винкельмана, предложенный нами доступ содержит в себе ряд преимуществ:

- 1) уменьшение размеров раневой поверхности;
- 2) выполнение разреза в проекции купола слепой кишки;
- 3) разъединение тканей производится по ходу волокон;
- 4) возможность визуальной ревизии органов малого таза у женщин и выполнение при необходимости операции на правых придатках без расширения разреза;
- 5) возможность, с меньшей травматичностью расширить разрез кверху и латерально путём дополнительного рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота и рассечения внутренней косой мышцы вдоль Спигелевой линии при атипичном расположении отростка и технических сложностях во время операции;
- 6) не повреждаются нижние надчревные сосуды (a. et v. epigastrica inferior);
- 7) не повреждаются ветви подвздошно-подчревного нерва (n. ileohypogastricus);
- 8) меньше всего повреждаются ветви межрёберных нервов nn. cutanei abdominis lateralis и nn. Cutanei abdominis anteriores.

К недостаткам предлагаемого нами доступа следует отнести:

- 1) технически сложное выполнение этапов операции у больных с повышенной массой тела;
- 2) необходимость использования у тучных больных ранорасширителей различных видов, оказывающих постоянное давление на края раны, что приводит к трофическим нарушениям в них;
- 3) у больных с развитой подкожно-жировой клетчаткой наложение на кожу отдельного внутрикожного

внутриузлового шва приводит к образованию полости, что может спровоцировать нагноение раны. В качестве профилактики мы используем активную аспирацию из подкожно-жировой клетчатки с помощью "Устройства для активного дренирования ран однократного применения с баллоном ёмкостью 250 см²" (ТУ 64-2-114-82).

Выводы. Выполнение аппендэктомии из предлагаемого мини-доступа возможно у больных с пониженной и нормальной массой тела, с типичной клинической картиной острого аппендицита. Мини-доступ обладает косметическим эффектом, способствует снижению травматичности операции, более быстрой реабилитации больных, уменьшению сроков лечения больных в стационаре.

ОПТИМИЗАЦИЯ СПОСОБА ЗАШИВАНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

Фомин С.А.

Муниципальное клиническое учреждение здравоохранения медсанчасть Новоярославского нефтеперерабатывающего завода, г. Ярославль, Российская Федерация

Актуальность. Операционная рана при аппендэктомии традиционно зашивается послойно с использованием нерассасывающегося шовного материала. Косметический эффект после оперативного лечения зависит от способа зашивания раны и от используемого шовного материала. Качество шовного материала является одним из факторов, имеющих большое значение для заживления послеоперационной раны.

Нами разработан и применяется "Косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии" (Патент РФ № 2368335). Каждый этап в разработанном нами способе имеет свою цель и решает поставленную перед ним задачу. Косметический способ зашивания операционной раны при аппендэктомии включает периоперационную антибиотикопрофилактику цефалоспориновыми антибиотиками третьего поколения. Далее, после непосредственного выполнения аппендэктомии и проведения санации брюшной полости, герметично зашивается париетальная брюшина рассасывающимся шовным материалом со временем полной абсорбции до 30 дней. На следующем этапе операционная рана обрабатывается 0,5% водноспиртовым раствором хлоргексидина с экспозицией 1-2 минуты. Апоневротическая часть наружной косой мышцы живота зашивается отдельными узловыми швами с использованием монофиламентного рассасывающегося шовного материала со временем полной абсорбции около 200 дней. У пациентов с индексом массы тела более 26 и развитой подкожно-жировой клетчаткой используется активная аспирация из подкожно-жировой клетчатки через отдельную контрапертуру с помощью "Устройства для активного дренирования ран однократного применения с баллоном ёмкостью 250 см²". Кожа зашивается

отдельным внутрикожным внутриузловым швом, рассасывающимся шовным материалом со временем полной абсорбции до 90 дней.

Материал и методы. Разработанный нами косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии был применён у 187 больных. Женщины - 146 (78,1%), мужчины - 41 (21,9%). Средний возраст - 23,9±0,7 лет. Контрольная группа составила 90 больных, женщины - 70 (77,8%), мужчины - 20 (22,2%), средний возраст - 24,4±0,9 лет. Операционная рана в контрольной группе зашивалась традиционно простым узловым швом нерассасывающимся шовным материалом.

Результаты и обсуждение. Несмотря на комплексную профилактику у 7 (3,7%) больных в основной группе на этапе стационарного лечения развились гнойно-воспалительные осложнения, в контрольной группе у 11 (12,2%) больных. Нагноение операционной раны произошло у 3 больных (1,6%) основной группы, в контрольной группе у 6 (6,7%) пациентов. Гематома операционной раны у 3 больных (1,6%) в основной группе, в контрольной группе у 2 больных (2,2%), серома операционной раны у 1 больного (0,5%) в основной группе, в контрольной группе у 3 больных (3,3%).

В отличие от традиционного способа зашивания операционной раны предлагаемый нами способ сочетает в себе ряд преимуществ:

- 1) периоперационная антибиотикопрофилактика цефалоспориновыми антибиотиками третьего поколения способствует снижению риска инфицирования области хирургического вмешательства гематогенным и лимфогенным путём в ближайшем послеоперационном периоде;
- 2) обработка операционной раны 0,5% водноспиртовым раствором хлоргексидина снижает уровень контаминации операционной раны и эффективна в отношении большинства микроорганизмов;
- 3) зашивание апоневротической части наружной косой мышцы живота отдельными узловыми швами с использованием монофиламентного рассасывающегося шовного материала со временем полной абсорбции около 200 дней способствует формированию полноценного рубца до момента полной абсорбции шовного материала;
- 4) использование активной аспирации у пациентов с повышенной массой тела ликвидирует полость, возникающую при зашивании кожи отдельным внутрикожным внутриузловым швом, что снижает риск возникновения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений;
- 5) зашивание операционной раны отдельным внутрикожным внутриузловым швом способствует формированию тонкого линейного рубца с отсутствием "кожных меток";
- 6) отдельный внутрикожный внутриузловый шов среди всех узловых швов обеспечивает наилучший косметический эффект и адаптацию краев раны;
- 7) использование рассасывающегося шовного материала со временем полной абсорбции до 90 дней достаточно для формирования полноценного рубца на коже;
- 8) нет необходимости снимать швы.

Выводы. Применение рассасывающегося шовного материала при зашивании контаминированной операционной раны при аппендэктомии возможно при проведении комплексной профилактики гнойных осложнений.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЗАШИВАНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ АППЕНДЕКТОМИИ

Фомин С.А.

Муниципальное клиническое учреждение здравоохранения медсанчасть Новоярославского нефтеперерабатывающего завода, г. Ярославль, Российская Федерация

Актуальность. До настоящего времени нет сообщений о психосоциальных последствиях оперативного лечения, изменениях восприятия больным своего здоровья.

Цель исследования. Изучить влияние способа зашивания операционной раны при аппендэктомии на психологический компонент здоровья.

Материал и методы. Нами разработан и применяется "Косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии" (Патент РФ № 2368335).

В исследование вошли 90 пациентов, оперированных в МКУЗ МСЧ НЯ НПЗ города Ярославля по поводу острого аппендицита за период с 2003 по 2008 годы. В основной группе у 45 пациентов операционная рана зашивалась разработанным нами косметическим способом. Среди них было 42 (93,3%) женщины и 3 (6,6%) мужчин, возраст больных от 15 до 39 лет (в среднем - $22,2 \pm 0,8$ года). В контрольной группе у 45 пациентов операционная рана зашивалась традиционно нерассасывающимся шовным материалом. Среди них было 41 (91,1%) женщина и 4 (8,9%) мужчин, возраст больных от 16 до 40 лет (в среднем - $24,1 \pm 1,1$ года). Основная и контрольная группа сопоставимы по возрасту ($U=875,5$, $df=88$, $p=0,268923$). Аппендэктомия выполнялась из разработанного нами косо-параректального мини-доступа (Патент РФ № 2346658). Качество жизни (КЖ) изучали с помощью опросника MOS SF-36. КЖ оценивали в пяти моментах времени: в ближайшем послеоперационном периоде, через 1, 3, 6 месяцев и через 1 год после операции.

Результаты и обсуждение. Анализ КЖ пациентов на этапе стационарного лечения до выписки из стационара показал, что в категории социальное функционирование (СФ) результаты в основной группе значительно превышали показатели в контрольной группе на 10 баллов и были статистически значимы ($U=715$, $df=88$, $p=0,016363$). Различия показателей в категориях ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) ($U=843,5$, $df=88$, $p=0,172638$) и психическое здоровье (ПЗ) ($t=1,529$, $df=88$, $p=0,129819$) на уровне наблюдаемой тенденции.

При анализе КЖ пациентов через 1 месяц после оперативного лечения отмечался рост показателей во всех категориях. В категориях СФ ($U=722$, $df=88$, $p=0,027862$) и ПЗ ($t=1,985$, $df=88$, $p=0,050292$) различия в группах на уровне наблюдаемой тенденции. В категории РЭФ различия между группами 6,3 балла, статистически значимые ($U=744,5$, $df=88$, $p=0,043948$), что свидетельствовало о влиянии способа зашивания операционной раны на эмоциональный статус больного, влияние эмоций на пов-

седневные занятия, поведение при общении с окружающими.

Временной промежуток в 3 месяца для исследования КЖ после аппендэктомии был выбран нами потому, что к этому времени происходит полная абсорбция большинства видов шовного материала, используемого нами при косметическом способе зашивания контаминированной операционной раны. В категориях СФ ($U=533,5$, $df=88$, $p=0,000111$) и ПЗ ($t=4,372$, $df=88$, $p=0,000034$) различия статистически значимые. Отмечался рост средних показателей в основной группе в категориях СФ и ПЗ. В контрольной группе рост средних показателей также имел место, но менее выражен. Неожиданно для нас средние показатели в категории ПЗ значительно превысили показатели в контрольной группе на 14,1 баллов. В категории СФ 32 (71,1%) пациента дали максимальный результат, в контрольной группе - 11 (24,4%) пациентов. В категории РЭФ в основной группе минимальное влияние эмоциональных проблем на повседневные занятия и поведение при общении с окружающими отметили 32 (71,1%) пациента, в контрольной группе - 21 (46,7%).

Мы считали, что к 6 месяцам должно произойти максимальное сближение показателей КЖ во всех категориях, но в категориях СФ и ПЗ различия оставались статистически значимыми.

Результаты и обсуждение. КЖ через 1 год после операции аппендэктомии показывали статистически значимые различия в категории ПЗ ($t=2,435$, $df=88$, $p=0,016920$). В категориях СФ ($U=842$, $df=88$, $p=0,168859$) различия на уровне наблюдаемой тенденции. Оставались статистически значимыми отличия между группами в категории ПЗ ($t=2,435$, $df=88$, $p=0,016920$), из чего можно сделать вывод о продолжительном влиянии способа зашивания операционной раны и полученных косметических результатах после операции на психическое здоровье пациентов.

Вывод. Разработанный нами косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии оказывает положительное влияние на психологический компонент здоровья в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Хамидов М.Г., Курбонов К.М.

ТГМУ имени Абуали ибни Сино,

г. Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность. В последние годы вследствие применения самых разнообразных и высокоэффективных противоязвенных препаратов резко снизилось количество плановых операций выполняемых по поводу гастродуоденальных язв.

Однако, несмотря на это, не отмечается тенденция к уменьшению числа осложненных форм, требующих

неотложных хирургических вмешательств, что прежде всего относится к перфоративным язвам. В то же время, радикальные операции; ваготомия или резекция желудка - дают больше шансов на полное излечение в отличие от медикаментозных методов.

В последние годы все больше появляются сообщений, посвященных использованию различных видов ваготомии в лечении перфоративных язв, и в связи с этим особое значение приобретают возможности эндовидеохирургических методов ушивания перфоративной язвы и ваготомии [1, 2, 3].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами.

Материал и методы. В нашей клинике за последние 5 лет выполнено 43 видеолaparоскопических вмешательств при перфоративных гастродуоденальных язвах. Мужчин было 31 (72,1%), женщин 12 (27,9%). Возраст пациентов составил от 18 до 68 лет. По поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки оперировано 35 (81,4%), а по поводу перфоративной язвы желудка - 8 (18,6%) больных.

Анализ данных показал, что 18 (41,9%) пациентов поступили в клинику в первые 2 часа от момента перфорации, в сроки от 2 до 6 часов - 16 (37,2%) и 9 (20,9%) пациентов поступили в сроки от 6 до 24 часов.

Для диагностики перфоративных язв больным проводили рентгенологическое, эндоскопическое и ультразвуковое исследования.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов методов диагностики перфоративных язв показал, что в 4,7% случаев рентгенологический метод позволяет установить, наличие свободного газа, под правым куполом диафрагмы. В 9% наблюдений прибегали к пневмогастрографии.

На сегодняшний день УЗИ является одним из ведущих методов ранней диагностики перфоративных гастродуоденальных язв. Так в 91% случаев во время УЗИ диагностировали наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы, а также наличие свободной жидкости в подпеченочном пространстве и свободной жидкость брюшной полости.

В 5 наблюдениях с целью дифференциальной диагностики перфоративной язвы от деструктивного панкреатита была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ), которая во всех случаях позволила установить наличие у больного перфоративной язвы.

В последние годы в нашей клинике для радикального лечения перфоративных гастродуоденальных язв эффективно применяются современные технологии.

В основной группе больных хирургическое лечение начинали с диагностической лапароскопии. После чего прибегали к хирургическим вмешательствам.

Видеолaparоскопическое ушивание перфоративной язвы произвели в 18 наблюдениях при наличии перфоративного отверстия до 2,0 см. В 7 наблюдениях произведен переход к открытой операции. Наиболее частой причиной конверсии, являлась невозможность вывести перфоративное отверстие в рабочее (удобное для ушивания) положение (n=4), выраженный спаечный процесс в верхнем отделе брюшной полости (n=3). В 20 наблюдениях видеолaparоскопическое ушивание

перфоративной язвы сочетали с эндоскопической трансгастральной химической ваготомией с использованием 33% этилового спирта (Патент РТ №116 от 29.11.2007г). Следует отметить, что в 8 наблюдениях для комплексного лечения синдрома энтеральной недостаточности при перфоративном перитоните эффективно проведео эндоскопическая интубация начальных отделов тощей кишки. В 5 наблюдениях прибегали к эндоскопическому ушиванию перфоративной язвы из минидоступа. На заключительном этапе видеолaparоскопии после санации и промывания брюшной полости проводили дренирование брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде в 2 наблюдениях отметили нагноение троакарной раны.

Выводы. Видеолaparоскопическое ушивание перфоративной язвы в сочетании с СТВ или эндоскопической химической ваготомии являются современными и высокоэффективными методами лечения перфоративных гастродуоденальных язв.

Литература:

1. Кошлев, П. И. Миниинвазивное хирургическое лечение больных при перфоративных гастродуоденальных язвах / П. И. Кошлев, А. В. Федров, А. А. Глухов // Хирургия. - 2006. - С. 11-14.
2. Применение комбинации малоинвазивных способов у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки / М. Г. Негрбов [и др.] // Анналы хирургии. - 2008. - № 3. - С. 49-52.
3. Mouret, P. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer / P. Mouret // Brit. J. surg. - 1990. - Vol. 77. - P. 1006.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖИРОВЫХ ЭМУЛЬСИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Шапошников В.И., Овчарова С.Н.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Наиболее частой причиной развития острой кишечной непроходимости (ОКН) является спаечная болезнь брюшной полости (СББП). Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что рассечение спаек без применения средств, предупреждающих развитие слипчивого процесса в этой полости, сопровождается рецидивом ОКН в 72,8% наблюдений, при этом в 8,9% уже в раннем послеоперационном периоде, а в 63,9% - в сроки от 1 месяца и до 5 лет от момента производства лапаротомии [1, 2, 3].

Цель. Изучить терапевтическую ценность жировых эмульсий (липофундина), вливаемых в брюшную полость, для предупреждения развития СББП.

Материал и методы. Для изучения ответной реакции организма на введение в брюшную полость жировой эмульсии, применяемой для парентерального питания, были проведены экспериментальные исследования на 420 белых крысах и 44 собаках, которые показали, что у здоровых животных эта эмульсия в объеме 16-18 мл/кг

не вызывает перитонит. При инфицированной же брюшине она препятствует развитию слипчивого процесса. Это происходит как за счет смазывания поверхности брюшины жиром, так и снятия с её поверхности электрического потенциала. Кроме того, капельки жира, проникшие в забрюшинное пространство, вызывают приток к воспаленной ткани тучных клеток, содержащих в большом количестве зерна гепарина, а он, как известно, участвует в предупреждении развития рубцовой ткани.

Клиническая апробация описанного способа профилактики СББП проводилась в различных лечебных учреждениях Украины и РФ. Препарат был применен у 115 пациентов, которые длительное время страдали СББП и были оперированы от 2 до 15 раз по поводу ОКН. Возраст пациентов был от 18 до 58 лет. У всех жировая эмульсия, как вливалась в свободную брюшную полость в объеме 200-300мл, так и вводилась по 10-20 мл под париетальную брюшину, где был наиболее выражен спаечный процесс, а также и под серозную оболочку большого сальника, корня брыжейки тонкой кишки и поперечно-ободочной кишки. Таким способом создавали депо этого препарата, что усиливало его терапевтическое действие.

Результаты и обсуждение. Из 115 пациентов с ОКН положительный результат лечения был получен у 114 (99,1%) человек. У 1 (0,9%) больного, а это произошло в самом начале апробации метода, наступило прорезывание швов в зоне ушитой раны тонкой кишки, что привело к развитию перитонита. Этот пациент, страдающий туберкулезом легких, был повторно прооперирован с благоприятным исходом лечения. В дальнейшем жировые эмульсии, при наличии у пациентов швов на полых органах, применялись с большой осторожностью.

Так было определено единственное противопоказание к применению жировых эмульсий в целях профилактики СББП. Других специфических осложнений не наблюдалось. У 53 (46%) были определены и отдаленные результаты лечения в сроки от 5 до 11 лет. Рецидива ОКН у них не было. Все они были трудоспособны.

Выводы. Способ профилактики СББП как путем внутрибрюшинного вливания жировых эмульсий, так и их введения под париетальную и висцеральную брюшину, можно отнести к действенным, безопасным и общедоступным способам профилактики рецидива ОКН. Метод можно использовать в любом хирургическом стационаре. Относительным противопоказанием к их применению является ушитые раны полых органов у ослабленных больных.

Литература:

1. Зайцев, В. Т. Неотложная хирургия брюшной полости / В. Т. Зайцев. - Киев, 1989. - 271 с.
2. Шалимов, А. А. Острый перитонит / А. А. Шалимов, В. И. Шапошников, М. П. Пинчук. - Киев: Наукова Думка, 1981. - 287 с.
3. Шапошников, В. И. Лечение острого перитонита / В. И. Шапошников. - Краснодар, изд-во der Verlag Stadtgespraech. - 2004. - 366 с.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ В МОЛДОВЕ - БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Шор Э.М.

Государственный университет медицины и фармации им. "Николая Тестемицану", г. Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается одной из важнейших проблем здравоохранения [1]. В настоящее время при перфоративных язвах не существует "идеального" хирургического вмешательства. Случается (до 25%), что клиническая картина стерта, а данные объективного исследования, необходимые для подтверждения прободной язвы отсутствуют [2]. В подобной ситуации лапароскопические методы позволяют не только поставить правильный диагноз, но и произвести лапароскопическое ушивание данной язвы [3].

Цель. Улучшение результатов лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами путем оптимизации диагностики и хирургической тактики с использованием миниинвазивных технологий.

Материал и методы. Произведено 55 лапароскопических вмешательств по поводу перфоративной язвы желудка (n=1) и ДПК (n=54) в возрасте от 15 до 60 лет. Распределение по полу: 46 мужчин и 9 женщин. При поступлении больным были выполнены: рутинные анализы, обзорная рентгенография и УЗИ брюшной полости, ФЭГДС. Диагностическая ценность обзорной рентгенографии брюшной полости составила 25,4%. В случае отрицательного заключения проводилась проба Петреску - инсуффляция воздуха в желудок через зонд с предшествующем введением 4,0 мл папаверина (для ликвидации спазма пилорического отдела) с последующей рентгенографией, у данной группы больных проба Петреску положительна в 30,9% случаев. При наличии сомнений (18,2%) проводилась диагностическая лапароскопия, позволяющая установить диагноз, определить локализацию язвы, наличие и степень распространенности перитонита, и возможность проведения лапароскопического ушивания перфоративного отверстия.

В 54 случаях язва была ушита 2 - 3 отдельными швами с подшиванием пряди сальника, в 1 случае произведено иссечение язвы с пилоропластикой и передней стволовой ваготомией. Брюшная полость дренирована в подпеченочном пространстве, в правой и левой поддиафрагмальных областях и в малом тазу.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде больные, перенесшие лапароскопические вмешательства, практически не нуждались в применении опиоидных обезболивающих препаратов, потребность в ненаркотических анальгетиках, как правило, на 3-4 день отсутствовала. В послеоперационном периоде отмечено 2 осложнения: нижнедолевая двусторонняя пневмония (n=1), неадекватное дренирование малого таза (n=1), подтвержденное данными ультразвукового исследования, что потребовало проведения релапароскопии и

редренирования. В среднем пребывание в стационаре составило 5,4 дня.

В отдаленном периоде пациенты были анкетированы при помощи опросника для определения качества жизни, что позволило изучить эффективность хирургического метода лечения больных.

Выводы. На результаты лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами влияет своевременная диагностика и хирургическое лечение с предпочтительным использованием малоинвазивных методов.

Лапароскопические методики позволяют уменьшить потребность в обезболивающих препаратах и сократить сроки пребывания в стационаре, способствуют более быстрому восстановлению транзита по пищеварительному тракту и обеспечивают косметический эффект.

Изучение отдаленных результатов и качества жизни после лапароскопических вмешательств показывает их преимущество по сравнению с традиционными методами хирургического лечения больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Литература:

1. *Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982-2002* / J. Y. Kang [et al.] // *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. - 2006. - Vol. 24. - P. 65-79.

2. Кригер, А. *Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопическом ушивании перфоративных гастродуоденальных язв* / А. Кригер, К. Ржебаев // *Эндоскоп. хир.* - 1999. - Vol. 3. - P. 7-10.

3. *Perforated peptic ulcer and laparoscopic treatment* / V. Tasseti [et al.] // *J. Minerva Chir.* - 1998. - Vol. 53, N 10. - P. 777-780.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ И ХОЛЕЦИСТИТЕ

Шотт А.В., Кубарко А.И., Василевич А.П., Протасевич А.И., Казуцик В.Л., Фарнин Р.В.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь.

За прошедшие 50 лет после введения термина "Микроциркуляция" изучены многие вопросы этой проблемы. Однако состояние тканевого кровотока при остром аппендиците и холецистите остается неизученным, что связано, в основном, с отсутствием доступной методики определения этих показателей в клинических условиях.

Цель. Изучение тканевого кровотока при остром аппендиците и холецистите в период лечения пациентов в стационаре. Нами использован метод эдемометрии, разработанный на 1-ой кафедре хирургических болезней БГМУ [1, 2]. При этом оценивали и регистрировали: максимальное снижение давления - МСД; продолжительность снижения давления-ПСД; скорость снижения давления - ССД; микроциркуляторное давление - МЦД;

предел колебаний микроциркуляторного давления - ПКМЦД; продолжительность снижения микроциркуляторного давления - ПСМЦД; тканевое давление - ТД;

Указанные показатели эдемометрии определили у 10 здоровых людей (норма), у 16 больных острым аппендицитом, и у 20 больных острым калькулезным холециститом. У наблюдаемых больных определяли показатели микроциркуляции после операции на 1-2 сутки и через 3-5 суток после хирургического вмешательства. Полученные данные подвергли статистической обработке с определением критерия достоверности "Р" и сравнили с нормой (здоровые).

Результаты исследования приведены в таблицах 1 и 2.

Из таблицы видно, что при катаральном аппендиците через сутки после операции были нарушены четыре показателя микроциркуляции (МСД, ССД, ПКМЦД и ПСМЦД). Такие показатели, как микроциркуляторное и тканевое давление оставались неизменными. Через 3-5 суток после операции все показатели пришли к норме за исключением ПКМЦД. Это значит, что при небольших изменениях в червеобразном отростке (катаральном аппендиците) микроциркуляторные нарушения минимальны и к моменту выписки возвращаются к норме. Не трудно заметить, что при флегмонозном аппендиците эти сдвиги более существенны, и они могут служить дифференциально-диагностическим признакам для распознавания характера заболевания. С другой стороны, на 3-5 день после операции произошедшие сдвиги еще остаются и больные, у которых был флегмонозный аппендицит, выписываются из стационара с существенными нарушениями, требующими, возможно, специального лечения.

В таблице 2 приведены изменения микроциркуляции при остром калькулезном холецистите.

При остром катаральном калькулезном холецистите в первые сутки после операции все показатели микроциркуляции были нарушены за исключением ССД и ПСМЦД. Через 3-5 дней после операции все нарушения сохранились за исключением увеличения ССД и нормализации ПКМЦД. При флегмонозном калькулезном холецистите в первые сутки после операции были нарушены все показатели микроциркуляции за исключением ПСМЦД. Они оставались нарушенными и на 3-5 сутки после операции.

Полученные данные позволяют сделать заключение о том, что острый аппендицит и калькулезный холецистит сопровождаются глубокими нарушениями тканевого кровообращения вдали от места основного патологического процесса. Эти изменения отличаются при разных морфологических изменениях в пораженном органе и могут служить диагностическим признаком в дооперационном периоде (аппендицит). Их развитие и последующая нормализация при катаральном аппендиците говорят о временном характере изменений, которые отражают или вторичные изменения при патологическом процессе, или его патогенетическую сущность. Этот вопрос требует еще специального изучения и подтверждения. Остается несомненным факт, что нарушение микроциркуляции при тяжелых изменениях в органах носят более глубокий характер и еще не нормализуются к моменту выписки из стационара, что требует соответствующего наблюдения и, возможно,

Таблица 1. Динамика показателей микроциркуляции у больных острым аппендицитом

№ п/п	Показатели эдемометрии	Группы наблюдения и время				
		Здоровые (n=10)	катаральный (n=6)		флегмонозный (n=10)	
			1-2 сутки	3-5сутки	1-2 сутки	3-5сутки
1.	МСД	17,0±2,49	27,2±5,97	-	13,44±1,92	11,63±2,77
2.	ПСД	34,5±3,69	-	-	24,6 ±3,23	27,22±2,73
3.	ССД	0,49±0,07	0,75±0,12	-	-	-
4.	МЦД	28,0±3,56	-	-	43,0±1,81	38,75±1,49
5.	ПКМЦД	3,9±1,45	10,0±2,57	9,17±2,64	10,0±2,26	11,6±1,55
6.	ПСМЦД	8,0±3,5	17,2±5,92	-	22,7±2,21	23,75±2,98
7.	ТД	24,1±3,96	-	-	31,2±3,08	-

Примечание: в таблице приведены только достоверные данные,
" - " - показатель соответствует норме

Таблица 2. Динамика показателей микроциркуляции у больных острым калькулезным холециститом

№ п/п	Показатели эдемометрии -	Группы наблюдения и время				
		Здоровые (n=10)	катаральный (n=10)		флегмонозный (n=10)	
			1-2 сутки	3-5сутки	1-2 сутки	3-5сутки
1.	МСД	17,0±2,49	7,63±1,33	11,13±3,54	13,11±2,73	12,3±4,99
2.	ПСД	34,5±3,69	14,6±1,91	15,63±2,69	15,2±2,65	13,2±1,71
3.	ССД	0,49±0,07	-	0,71±0,16	0,99±0,26	0,96±0,32
4.	МЦД	28,0±3,56	41,1±5,22	36,43±4,27	40,3±5,12	43,44±3,47
5.	ПКМЦД	3,9±1,45	6,7±2,38	-	5,44±1,35	7,1±2,19
6.	ПСМЦД	8,0±3,5	-	-	-	-
7.	ТД	24,1±3,96	34,5±3,92	33,38±4,74	33,9 ±3,37	35,5±2,76

Примечание: в таблице приведены только достоверные данные,
" - " - показатель соответствует норме

лечения. В доступной нам литературе подобных данных мы не встретили.

Литература:

1. Эдемометрия / А.В.Шотт [и др.] // *Здравоохранение*. - 2008. - № 10. - С. 20.
2. Давление в микроциркуляторном русле / А. В. Шотт [и др.] // *Здравоохранение*. - 2009. - № 5. - С. 8.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Шулейко А. Ч., Воробей А. В.,
Вижинис Е. И., Шариков С. М.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
Республиканский центр реконструктивной
хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и
лазерной хирургии,
"Минская областная клиническая больница"
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема лечения кишечной непроходимости остается весьма актуальной в абдоминальной хирургии. Послеоперационная летальность при запущенных формах кишечной непроходимости является высокой, достигая 70%. При острой кишечной непрохо-

димости в 17 - 30% случаев операционного лечения производится резекция кишечника в связи с его нежизнеспособностью, при этом частота несостоятельности тонкокишечных анастомозов составляет около 11%. Преобладающим видом анастомозов накладываемых на тонкую кишку остаются многорядные анастомозы по типу бок в бок.

Цель. Показать эффективность предложенной усовершенствованной методики хирургического лечения больных с тонкокишечной непроходимостью.

Материал и методы. На основе ранее проведенного анализа результатов лечения больных с кишечной непроходимостью, которым выполнена резекция тонкой кишки, разработана и применена усовершенствованная методика, заключающаяся

- в дифференцированном подходе к выбору объема резекции приводящего отдела тонкой кишки в зависимости от состояния приводящего отдела тонкой кишки: при предоперационном периоде до 24 часов - 20-40 см., 24-48 часов - не менее 60 см., 48-96 часов - не менее 80 см., более 96 часов - не менее 100 см. Максимальное ограничение резекции отводящего отдела тонкой кишки:

- в наложении первичных тонко-тонкокишечных анастомозов по типу "конец в конец" и инвагинационных тонко-толстокишечных анастомозов;

- в применении комплекса интраоперационных мероприятий по предупреждению роста уровня эндогенной интоксикации, профилактике развития абдоминальных и системных осложнений, включающая в себя ряд взаимосвязанных направлений:

1. Достаточный срединный доступ.
2. Новокаиновая блокада корня брыжейки тонкой

кишки до начала манипуляций в брюшной полости. Использование перидуральной анестезии и других видов комбинированной анестезии.

3. Предотвращение развития синдрома реперфузии необратимо измененного кишечника, перевязка брыжейки тонкой кишки до ликвидации непроходимости и начала манипуляций на тонкой кишке.

4. Расширенная резекция дилатированного приводящего отдела тонкой кишки с полной одномоментной эвакуацией кишечного содержимого в удаляемую или через удаляемую часть кишечника.

5. Отказ от выделения кишечника сомнительной жизнеспособности и функциональной полноценности из грубых сращений, грыжевых мешков.

6. Сохранение кишечной непрерывности, наложение кишечных стом по строгим показаниям.

7. Использование рациональных анастомозов: тонкокишечных конец в конец, инвагинационных тонко-толстокишечных в условиях кишечной непроходимости.

8. Снижение внутрибрюшного давления.

9. Ограничение количества оставляемых дренажей.

10. Сокращение времени выполнения операции (рациональные анастомозы, лигатурный метод обработки брыжейки с перевязыванием мезентериальных сосудов 1-го порядка).

С применением усовершенствованной тактики за период 1992-2009 годов в хирургических отделениях г. Минска и Минской области в. произведены операции 123 пациентам.

Результаты и обсуждение. Все операции завершены наложением первичных анастомозов, из которых 99 тонкокишечных конец в конец, и 24 инвагинационных тонко-толстокишечных. Всего отмечено 22 послеоперационных осложнения, что составило 18%. Из них отмечено 4 случая несостоятельности анастомозов (3,3%). Умерло 8 больных, послеоперационная летальность составила 6,6%. Проведено сравнение результатов лечения больных основной и контрольной групп, состоящей из 328 пациентов. Контрольная группа принципиально отличалась от основной преобладанием анастомозов бок в бок (71,6%) и существенно меньшим объемом резекции приводящего отдела тонкой кишки. Установлено, что в контрольной группе всего развилось 22 послеоперационных осложнений, что составило 18%. В то же время в контрольной группе развилось 126 осложнений, что составило 39% ($\chi=6,6$; $p=0,006$), при этом. осложнения анастомоза (несостоятельность, непроходимость, некроз) развились в основной группе у 4 пациентов (3,3%), в группе сравнения у 39 пациентов (11,9%) ($\chi=6,8$; $p=0,008$).

При анализе выживаемости в изучаемых группах установлено, что в основной группе выжило 92% из всех оперированных больных. В то же время в контрольной группе выжило только 76% оперированных больных. (Log-Rank тест $p=0,00083$).

Выводы. В результате применения усовершенствованной тактики достигнуто достоверное снижение показателей эндоинтоксикации, уровня абдоминальных и системных осложнений, релапаратомий и как результат достоверное снижения летальности и повышение выживаемости больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Юсиф-заде К., Салаев А., Аскерова Г., Ахмедзаде Э.
Центральная Больница Нефтяников, Отделение эндоскопической хирургии и диагностики,
г. Баку, Республика Азербайджан

Актуальность: Использование и оценка эффективности различных эндоскопических методов лечения при угрожающих жизни кровотечениях из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Цель. Проведение анализа угрозы рецидива при кровотечениях желудочно-кишечного тракта и оценка эффективности остановки кровотечений различными эндоскопическими методами лечения без оперативного вмешательства.

Материал и методы. За первое полугодие 2010-го года было зарегистрировано 85 случаев кровотечений из верхних отделов ЖКТ. 9 (10%) больным диагностика и лечение произведены амбулаторно, а 76 (90%) больных были госпитализированы. Возраст больных колебался от 21 до 85 лет; средний возраст у женщин составлял 51 год, а у мужчин - 47. Причины кровотечений показаны таким образом:

- 29 случаев (34,1%) - язвы двенадцатиперстной кишки;
- 13 случаев (15,3%) - язвы желудка;
- 17 случаев (20%) - язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 7 случаев (8,2%) - язвы пищевода;
- 15 случаев (17,6%) - варикозно расширенные вены пищевода;
- 1 случай (1,2%) - рак желудка;
- 1 случай (1,2%) - рак анастомоза оперированного желудка;
- 1 случай (1,2%) - рак пищевода;
- 1 случай (1,2%) - при синдроме Маллори - Вейс.

В 20 случаях (23,5%) из выявленных кровотечений было остановлено путем эндоскопической склеротерапии, у 8 случаев (9,4%) было применено как эндоскопическая склеротерапия, так и эндоскопическая термокоагуляция, 1 больному (1,2%) наряду со склеротерапией и термокоагуляцией было использовано и эндоклипирование кровоточащего сосуда, 15 (17,6%) больным было применено эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода. У 2 больных, поступившие с кровотечением, кровотечение была остановлена путем эндоскопической склеротерапии, но через день после повторного профузного кровотечения больные были оперированы хирургическим вмешательством. 11 больным (14,4%) вследствие пиретической реакции было назначено традиционная антибиотикотерапия, 28 больным (36,8%) была произведена острая гемотрансфузия, а 10 больным (13,1%) производилась как антибиотикотерапия, так и гемотрансфузия. Помимо оперированных больных, всем остальным госпитализиро-

ваным успешно было произведено консервативное медикаментозное лечение, после чего больные были выписаны из стационара.

Результаты и обсуждения. В нашем исследовании после экстремального обнаружения кровотечения, у 100% больных кровотечения из верхних отделов ЖКТ были успешно остановлено. Только больных вследствие возможного повторного кровотечения было решено оперировать.

В исследовании Zipri M. It. al. 97% из выявленных кровотечений были первично остановлены эндоскопическим путем, 6,5% больным было произведено повторное эндоскопическое лечение, лишь 1,16% больные были оперированы. В исследовании Rerknimitr R. It. al. только у 91,2% больных был достигнут первичный гемостаз. В нашем исследовании во всех случаях кровотечения были остановлены первично, лишь 2 больных были оперированы из-за недостаточности эндоскопического гемостаза.

Выводы:

1. При кровотечениях ЖКТ важно применить все возможные эндоскопические методы для остановки кровотечения.

2. При обширных профузных кровотечениях, которые не поддаются лечению эндоскопическим путем, оперативное вмешательство остается единственным выбором для полного устранения причины кровотечения.

3. По характеру выявленного кровотечения, можно прогнозировать выбор одного или комбинацию нескольких эндоскопических методов для остановки угрожающих жизни кровотечений.

4. Остановка кровотечений должна осуществляться более опытными эндоскопистами.

Литература:

1. *Unita di Endoscopia Digestiva e Gastroenterologia / S. Pertini Ospedale [et al.] // G. Clin Ter. - 2008. - Vol. 159, N 4. - P. 249-255.*

2. *Gastroenterology Unit, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand / N. Tangmankongworakoon [et al.] // J. Med Assoc. Thai. - 2003. - Vol. 86. - Suppl. 2. - S465-471.*

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Юшкевич Д.В., Завада Н.В.,
Ладутько И.М., Груша В.В.,
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
УЗ "Городская клиническая больница скорой
медицинской помощи",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) является тяжелейшим заболеванием, сопровождающимся высокой летальностью. В

настоящее время справедливо считается, что лечение инфаркта кишечника является прерогативой хирургов. Современная наука достигла определенных успехов в развитии и техническом совершенствовании различных видов оперативного пособия при данной патологии [1]. Проводимые в последние десятилетия научные исследования свидетельствуют о том, что при ОНМК и инфаркте кишечника абсолютно показано оперативное лечение. Отказ от операции следует считать ошибочным и неприемлимым [2].

Цель. Изучить характер выполненных оперативных вмешательств при ОНМК.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй 119 пациентов с ОНМК находившихся на лечении и оперированных в трех различных стационарах г. Минска в период с 2002 по 2008 г.

Результаты и обсуждение. Из 119 пациентов мужчин было 47 (средний возраст составил $69,6 \pm 10,9$ лет), женщин - 72 (средний возраст $76,6 \pm 8,03$ года). В общей сложности больным было выполнено 174 операции. Из них диагностических лапароскопий - 82, лапаротомий - 75, релапароскопий - 8, релапаротомий - 9. В 38 случаях после выполнения лапароскопии выполнялась лапаротомия. Только диагностическая лапароскопия выполнялась 44 пациентам, а лапаротомия - 37. Таким образом, основными методами диагностики являлись диагностические лапароскопия и лапаротомия.

Изучив состояние кишечника интроперационно, было установлено, что в 96 случаях кишечник имел изменения характерные для некроза, у 25 пациентов изменения носили ишемический характер (из них в 8 случаях на последующих операциях были выявлено прогрессирование процесса с некрозом кишечника). В 14 случаях (11,8%) у больных была неокклюзионная ишемия (так называемый сегментарный мезотромбоз). В 105 случаях (88,2%) у пациентов имелось поражение либо всего тонкого кишечника, либо тонкого и правых отделов толстого кишечника. Объем оперативного вмешательства распределился следующим образом: выполнена 1 тромбэмболектомия, и 32 резекции кишечника. В остальных случаях операция носила только диагностический характер. В 26 случаях при резекции кишечника операция закончилась наложением первичного анастомоза, в 6 случаях формированием различного вида стом. В послеоперационном периоде 16 больным выполнены повторные операции: 8 - релапароскопий и 9 - релапаротомий (у одной пациентки выполнялось 2 релапаротомии). При релапаротомиях выполнялись наложение вторичного анастомоза - 1, выполнение перрезекции кишечника - 4 и формирование энтеростомы - 1. Общая летальность составила 85,7% (102 случая).

17 пациентов были выписаны из стационара с выздоровлением. Данная группа включала 9 мужчин и 8 женщин (средний возраст в группе составил $70,5 \pm 13,07$ года). Среднее время до операции составило 16 часов в диапазоне от 2 до 96. В 8 случаях операция началась с лапароскопии и в 6 случаях продолжилась переходом на лапаротомию. 9 пациентов были сразу оперированы лапаротомным доступом. Операционной находкой в 2 случаях были ишемические изменения без некроза кишечника, что потребовало выполнения больным через сутки релапароскопии с дальнейшей лапаротомией. Всем 17 пациентом была выполнена резекция кишечника с первичным анастомозом (в 7 случаях по поводу сегментарных изменений и в 10 с

распространенными изменениями). В послеоперационном периоде один больной подвергся релапаротомии для оценки состояния наложенного ранее анастомоза.

Из 32 пациентов, которым выполнялось резекция кишечника, 17 (53,1%) выписаны из стационара. Летальность у больных, которым накладывались различные виды стом, составила 100%. Процент больных, которым выполнялись лечебные, а не диагностические операции, составил 27,7%. Летальность при сегментарном мезентериальном тромбозе составила 50%, а при распространенном 89,5%.

Выводы.

1. Основными методами диагностики ОНМК в

настоящее время остаются диагностические лапароскопия и лапаротомия.

2. Больных с ОНМК следует лечить оперативно, отдавая предпочтение операциям на сосудах (тромбэмболэктомия) с последующей резекцией некротически измененного кишечника.

Литература:

1. Sreenarasimhaiah, I. *Diagnosis and management of intestinal ischaemic Disorders* / I. Sreenarasimhaiah // *BMJ*. - 2003. - Vol. 326, N 21. - P. 1372-1376.
2. *Surgical Management of Thrombotic Acute Intestinal Ischemia* / D. Eric [et al.] // *Annals of surgery*. - Vol. 233, N 6. - P. 801-808.

ЭНДОКРИННАЯ ХИРУРГИЯ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Андреев В.Н., Гапанович А.Н., Лукьянец В.С.,
Раткевич И.М., Якубовский С.В.
УЗ "10 ГКБ",
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) - заболевание, обусловленное развитием аденомы, первичной гиперплазии, реже рака околощитовидных желез, функции которых характеризуются повышенной продукцией и секрецией паратгормона (ПТГ).

С начала 70-х годов прошлого века наступил новый этап развития представлений о ПГПТ, который основывается на современных достижениях биологической и медицинской наук. Появление новых возможностей в исследованиях на клеточном, субклеточном, молекулярном и генетическом уровнях, внедрение современных методов лабораторной и инструментальной диагностики позволили существенно дополнить представление о частоте, патогенезе, клинических формах ПГПТ, выработать новые подходы к диагностике и лечению этого заболевания.

Цель. Ретроспективная оценка результатов хирургического лечения ПГПТ в отделении эндокринной хирургии 10 ГКБ г. Минска.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ПГПТ, пролечившихся в отделении эндокринной хирургии 10 ГКБ за 5-летний период (с 2005 г. по 2009 г. включительно).

Результаты и обсуждение. За период с 2005 г. по 2009 г. включительно в отделении эндокринной хирургии 10 ГКБ прошли обследование и лечение 46 пациентов с первичным гиперпаратиреозом (43 женщины и трое мужчин). Распределение по годам оказалось следующим: 2005 г. - 6 человек (5 женщин и 1 мужчина в возрасте от 37 до 67 лет; средний возраст 52,5 года); в 2006 г. - 7 человек (6 женщин и один мужчина в возрасте от 25 до 53 лет; средний возраст 41,4 года); в 2007 г. - 5 (4 женщины и 1 мужчина в возрасте от 43 до 68 лет; средний возраст 53,6 года), причем одна пациентка, у которой в 2006 г. удалили гормонально активную аденому ПЩЖ (подтверждено гистологическим исследованием), поступила в 2007 г. повторно с проявлениями ПГПТ (повышенным уровнем ПТГ, визуализацией аденомы на УЗИ и скинтиграфии ПЩЖ). В 2008 г. в отделении эндокринной хирургии пролечились 12 женщин с диагнозом ПГПТ в возрасте от 37 до 62 лет (средний возраст 49,8 лет) и в 2009 г. - 16 женщин в возрасте от 31 до 74 лет (средний возраст 53,1 года). Средний возраст всех пациентов, пролечившихся в отделении эндокринной хирургии за 5 лет, составил 50,5 лет; 67,4% из них - в возрасте до 55 лет. Соотношение мужчины/женщины - 1:14. Возраст мужчин составил 25,43 и 49 лет.

Выводы. На примере отделения эндокринной хирургии прослеживается явная тенденция к увеличению поступления пациентов с ПГПТ за последние 2 года (от 6-7 человек в 2005-2006 гг. до 12-16 в 2008-2009 гг.), что может быть связано, в том числе, с усовершенствованием процесса диагностического поиска. В результате анализа установлено, что 67,4% из пролеченных с ПГПТ за 5 лет - пациенты трудоспособного возраста, что определяет медицинскую и социальную значимость проблемы ПГПТ в Республике Беларусь.

Хирургическое лечение ПГПТ должно проводиться в специализированных отделениях, высококвалифицированными хирургами-эндокринологами, где имеется возможность определения паратгормона как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

Богданович В.Б., Величко А.В., Лычиков А.Н.,
Шебушев Н.Г., Кулаженко А.Н., Берещенко В.В.,
Чернова Н.Ф., Доморацкая Л.Е.

УО "Гомельский государственный медицинский
университет,
ГУ "Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) - первичное заболевание паращитовидных желез, проявляющееся гиперпродукцией паратгормона (ПТГ) и поражением костной системы и внутренних органов, в первую очередь, почек и ЖКТ. Заболеваемость ПГПТ остается достаточно высокой: от 16-112 случаев на 10 000 населения в год, а частота асимптомных и малосимптомных форм достигает 80%, проблема представляется весьма актуальной.

Цель. Определение роли современных технологий в диагностике и хирургической тактике при ПГПТ.

Материал и методы. Проанализированы данные 31 пациента с клинико-лабораторными признаками ПГПТ, оперированных в ГУ РНПЦ РМ и ЭЧ с 2007 по 2010 годы. Женщин было 23, мужчин - 8. Средний возраст 53 года, диапазон от 35 до 67 лет.

Методом скрининга у пациентов с висцеральными и костными проявлениями заболевания считали определение общего и ионизированного (более информативно) кальция крови. Всем проводилось УЗИ мест типичного расположения и возможных мест эктопии паращитовидных желез на аппарате "Voluson 730 Expert". Обязательным считали определение уровня ПТГ крови. Скениграфия околощитовидных желез с ^{99m}Tc - MIBI выполнена 15 больным, КТ шеи и средостения - 7. Для подтверждения диагноза ПГПТ всем пациентам выполнялась остеоденситометрия и УЗИ почек, пункционная биопсия под контролем УЗИ. Операция - паратиреоидэктомия

выполнена всем пациентам. Обязательными интраоперационными исследованиями считали: срочное гистологическое исследование препарата, срочное определение уровня ПТГ в венозной крови через 15 минут после удаления паращитовидной железы. Интраоперационное УЗИ выполнено в 19 случаях.

Результаты и обсуждение. Скрининговое исследование общего и ионизированного кальция крови выявило повышение общего кальция у 21 пациента, ионизированного - у 26.

Чувствительность УЗИ составила 93%. С помощью скинтиграфии удалось подтвердить данные УЗИ, а у 2 - выявить опухоли паращитовидных желез, не обнаруженные на УЗИ, с локализацией загрудинно и ретротрахеально. Из всех методов диагностики наиболее информативным оказалось определение ПТГ крови - у всех пациентов он был повышен, причем у 17 - превышал 150 pg/ml. Из 19 больных, которым выполнялось интраоперационное УЗИ, в 11 случаях подтверждены данные дооперационного исследования, а у 8 - возникли трудности с визуализацией паращитовидных желез. Интраоперационное УЗИ позволило установить локализацию паращитовидных желез и выбрать оптимальный хирургический доступ к ним у этих пациентов.

Интраоперационное определение ПТГ крови через 15 мин. после паратиреоидэктомии оказалось наиболее достоверным методом верификации правильности объема операции.

Выводы.

1. Первичным звеном диагностического алгоритма ПППТ следует считать определение уровня общего и ионизированного кальция у пациентов с признаками нефролитиаза, рецидивирующей язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, частыми нарушениями сердечного ритма, остеопорозом.

2. УЗИ шеи и мест расположения паращитовидных желез, определение уровня ПТГ крови - наиболее достоверные методы диагностики ПППТ. В сложных случаях при повышенном уровне ПТГ и неинформативности УЗИ, показана скинтиграфия с ^{99m}Tc - MIBI.

3. Хирургическое лечение - единственный радикальный метод лечения ПППТ. Оно должно проводиться в высокоспециализированных клиниках, где доступны современные методы интраоперационной диагностики (УЗИ, определение ПТГ, срочное гистологическое исследование), имеется современное оснащение и подготовлены высококвалифицированные кадры.

Литература:

1. Эндокринология / И. И. Дедов [и др.]. - М., 2000.
2. Дедов, И. И. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушения обмена веществ / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - М., 2006.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА

Богданович В.Б., Величко А.В.,

Санец И.А., Повелица Э.А.

УО "Гомельский государственный медицинский университет",

ГУ "РНПЦРМиЭЧ",

г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Вопросы диагностики, тактики лечения и показания к операции при различных нозологических формах поражения щитовидной железы (ЩЖ) постоянно являются предметом дискуссий в периодической печати. Проблемы зоба остаются весьма актуальными для РБ в связи с дефицитом йода, а также радиационным загрязнением ряда регионов страны.

Цель. Определение оптимальной хирургической тактики при узловом зобе и болезни Грейвса на основании анализа результатов хирургического лечения.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 429 пациентов за 5-летний период с 2005 по май 2010 гг. Из них 207 человек оперированы по поводу тиреотоксикоза на фоне болезни Грейвса, 196 больных - по поводу узлового зоба как токсического (функциональная автономия), так и эутиреоидного, 16 - аденомы щитовидной железы, 10 - рака. Средний возраст пациентов составил 45,6 лет (23-69 лет). Пациентам перед операцией, помимо общеклинических исследований, проводилось УЗИ щитовидной железы, определялся уровень ТТГ, свободного Т4, кальция сыворотки крови (общего и ионизированного), при наличии узловых образований выполнялась тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия (ТПАБ), осмотр голосовых складок. Пациентам болезнью Грейвса определялись антитела к ТПО. При подозрении на функциональную автономию выполнялась скинтиграфия. Стаж консервативного лечения и наблюдения до операции колебался от 1 до 21 года. Объем оперативного пособия был следующий: экстракапсулярная тиреоидэктомия, субтотальная резекция щитовидной железы, гемитиреоидэктомия (узловые формы зоба при одностороннем поражении).

Результаты и обсуждение. Объем щитовидной железы, по данным ультразвуковой диагностики, был от 26 до 130 см³. Уровень АТ к ТПО у больных ДТЗ определялся от 1,1 до 2011 МЕ/мл.

Пятерым пациентам выполнялась субтотальная резекция, 119 - гемитиреоидэктомия, 305 больным - тотальная тиреоидэктомия (в том числе 207 при ДТЗ). Показаниями к операции при узловом зобе считали: формирование функциональной автономии, наличие признаков компрессии окружающих органов, косметический дефект; при ДТЗ - неэффективность тиреостатической терапии 1 - 1,5 года.

У 29 пациентов после операции развился гипопаратиреоз (у 11-ти транзиторный и у 18-ти стойкий), что составило 6,7% от всех прооперированных. Больные в послеоперационном периоде получали препараты кальция и витамина Д3, в 4 случаях АТ-10. У всех пациен-

тов на фоне данной терапии гипокальциемия купировалась. У 26 пациентов в послеоперационном периоде отмечался односторонний парез возвратного гортанного нерва, что составило 6,06% от всех подвергшихся операции. Двустороннего поражения возвратных нервов не было. Явления пареза купировались консервативно в течение 1 - 6 месяцев. В 9 случаях (2,1%) в раннем послеоперационном периоде развилось массивное кровотечение, потребовавшее ревизии раны и остановки кровотечения. Летальных случаев после операций не было. В отдаленном периоде отмечено 3 рецидива ДТЗ после субтотальных резекций и 2 рецидива узлового зоба после гемитиреоидэктомий.

Выводы.

1. Показания к хирургическому лечению узлового пролиферирующего зоба не должны определяться размерами узла. Лишь наличие признаков компрессии органов шеи может быть основным показанием к операции. Минимальным объемом должна быть гемитиреоидэктомия.

2. При ДТЗ и отсутствии радиойодтерапии, неэффективности тиреостатической терапии в течение 1-1,5 года показано хирургическое лечение. Операцией выбора должна считаться экстракапсулярная тиреоидэктомия.

Литература:

1. *Хирургическая эндокринология: руководство / Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. - Спб.: Питер, 2004. - 960 с.*

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНЦИДЕНТАЛОМ НАДПОЧЕЧНИКОВ

*Богданович В.Б., Лычиков А.Н., Величко А.В., Шестерня А.М., Бредихин М.Ю., Кулаженко А.Н.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
ГУ "Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека",
г. Гомель, Республика Беларусь*

Актуальность. Внедрение современных визуализирующих методов диагностики привело к тому, что развернулась настоящая эпидемия опухолей надпочечников. Проблемы выбора хирургической тактики у этих больных до сих пор дискутируются.

Цель. Определение оптимальной хирургической тактики при случайно выявленных образованиях надпочечников с применением современных диагностических и лечебных технологий.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 112 пациентов с инциденталомами надпочечников в возрасте от 24 до 80 лет. Максимальная длительность наблюдения - 10 лет. У 82 опухоли выявлены при КТ, у 30 - УЗИ. Объемное образование правого надпочечника было у 65, левого - у 39, обоих - у 8. Диагностическая стратегия при инциденталоме надпочечника (ИН) определялась двумя основными задачами: 1) доказать или исключить возможную гормональную активность опухоли; 2) определить злокачественный

потенциал опухоли. Гормональная активность определялась на основании биохимического скрининга свободных метанефринов и норметанефринов плазмы, определения кортизола плазмы, его суточного ритма и малой дексаметазоновой пробы. При наличии артериальной гипертензии определяли альдостерон плазмы с маршевой пробой и активность ренина плазмы (1). Из визуализирующих методов предпочтение отдавали КТ.

Показаниями к хирургическому лечению считали: лабораторное подтверждение гормональной активности (в том числе субклинической); размер опухоли более 5 см; увеличение в размерах опухоли (на 5 мм, или объема на 25% от исходного) и изменения ее внутренней структуры, по данным УЗИ, КТ, МРТ при динамическом наблюдении. В остальных случаях пациенты подлежали динамическому наблюдению (2).

Результаты и обсуждение. КТ- семиотика, измерение разности значений плотности в контрастную и доконтрастную фазы имело близкую к абсолютным значениям чувствительность при дифференциальной диагностике аденом от феохромоцитомы и метастатической карциномы. Лабораторное подтверждение гормональной активности получено у 7 пациентов: у 5 выявлена феохромоцитома, у 2 - кортикостерома. Все эти пациенты оперированы. Показаниями к хирургическому лечению еще у 5 пациентов были размеры опухоли 5 см и более, а также эхиноккок левого надпочечника у 1 пациента. Таким образом, из 112 пациентов оперировано 13 (11,6%), что согласуется с результатами других авторов. Открытые адrenaлэктомии через люмболапаротомный доступ выполнены в 5 случаях (в том числе 2 перехода при лапароскопических операциях), лапароскопические адrenaлэктомии с опухолью - в 8 (4 - левосторонние и 4 - правосторонние).

Известно, что малоинвазивная хирургия надпочечников является высокотехнологичным вмешательством. Это связано с трудностями адекватной интерпретации анатомических взаимоотношений в "замкнутом пространстве" и гемостазом. Имея многолетний опыт применения ультразвукового скальпеля "Ultracision" (ультразвуковые ножницы) в абдоминальной хирургии, мы использовали его для гемостаза и диссекции при лапароскопической адrenaлэктомии. Гемостатический эффект применения УЗ - скальпеля в забрюшинном пространстве оказался отличным, время диссекции опухоли достоверно сократилось на 27±4 мин. Отсутствие задымления и минимальная кровопотеря являлись основными преимуществами данной технологии. Значительно улучшились условия визуализации и клипирования центральной вены надпочечника, особенно с использованием многозарядного клиппатора. Средняя длительность операции сократилась до 95±4,7 мин. Другими преимуществами лапароскопического доступа были: ранняя, на 2-е сутки активизация больных, минимальный болевой синдром (обезболивание только первые 1-2 суток), снижение частоты и тяжести послеоперационного пареза кишечника, косметический эффект, длительность нахождения в стационаре не более 7 суток (при открытых операциях - до 14 суток).

Динамическое наблюдение проводили у 88,4% больных. КТ выполняли через 6, 12 и 24 мес.; гормональное обследование ежегодно. Нами не зафиксировано

ни одного случая озлокачествления, а тенденция к росту аденом плотностью менее 15 ед.Н. оказалась низкой. Не отмечалось и прогрессирования гормональных нарушений. В нашем исследовании показания к операции в течение динамического наблюдения (от 1 до 10 лет) возникли у одного больного в связи с увеличением опухоли на 10 мм в течение второго года наблюдения.

Выводы.

1. Для определения тактики при ИН необходимо проведение тщательного гормонального исследования и определение злокачественного потенциала опухоли.

2. Показаниями к оперативному лечению ИН следует считать: лабораторное подтверждение гормональной активности образования, размер опухоли более 5 см, увеличение в размерах опухоли, изменение ее внутренней структуры по данным УЗИ/КТ/МРТ при динамическом наблюдении.

3. При размерах опухоли до 6 см в диаметре предпочтение следует отдавать лапароскопическим операциям.

4. При отсутствии показаний к операции больные ИН подлежат динамическому наблюдению. Попытки расширить показания к хирургическому лечению клинически малооправданы, экономически невыгодны и чреватые негативными последствиями.

Литература:

1. Устюгова, А. В. Скрининговое обследование пациентов с инциденталомой надпочечника / А. В. Устюгова, М. Ф. Калашикова, Д. Г. Бельцевич // Проблемы эндокринологии. - 2008. - Т.54, № 4. - С.45-48.

2. Мишель, Л. А. Бессимптомные опухоли надпочечников (инциденталомы): критерии для эндоскопического удаления / Л. А. Мишель // Вестн. хирургии. - 2005. - № 4. - С. 41-43.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕДУЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Демидчик Ю.Е., Колобухов А.Э., Прохоров А.В.
ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Медуллярный (С-клеточный) рак щитовидной железы - редкая злокачественная опухоль, обладающая высокой радиорезистентностью и устойчивостью к цитостатической химиотерапии. Выживаемость больных определяется исключительно качеством хирургического лечения, которое включает выполнение тиреоидэктомии и лимфодиссекции, однако объем оперативного вмешательства на регионарном лимфатических узлах при этом заболевании до настоящего времени четко не определен.

Цель. Обоснование медиастинальной лимфодиссекции в качестве обязательного компонента хирургического лечения больных медуллярными карциномами щитовидной железы неблагоприятных прогностических групп.

Материалы и методы. Предпринят ретроспективный анализ выживаемости 328 больных медуллярным раком щитовидной железы, подвергнутых хирургическому лечению в Минском городском клиническом онкологическом диспансере за период с ноября 1985 по декабрь 2009 г. Для отбора значимых признаков предпринят моновариантный анализ с использованием моментного метода Kaplan-Meir и теста Mantel-Cox. Многовариантная оценка основывалась на бинарной логистической регрессии.

Результаты и обсуждение. При морфологическом исследовании после операции метастазы в лимфатических узлах шеи выявлены у 152 (48,7%) больных, причем наиболее часто отмечалось поражение II-VI уровней оттока лимфы (n=69; 22,1%) на стороне первичной опухоли, несколько реже на обеих сторонах шеи (n=53; 17,0%). Следует подчеркнуть, что изолированное вовлечение в метастатический процесс только центральной группы лимфатических узлов встречалось весьма редко (n=24; 7,7%) и лишь один этот факт указывает на несостоятельность точки зрения о допустимости выполнения при медуллярном раке тиреоидэктомии и только центральной лимфодиссекции. Отказ от полноценного моноблочного иссечения клетчатки и латеральной группы глубоких лимфатических узлов приводит не только к ошибкам стадирования, но в значительной мере обуславливает высокий риск прогрессирования заболевания из резидуальных очагов. Следует также иметь в виду, что у части пациентов особенность регионарного распространения опухоли заключается в "проскоке" центрального коллектора. Так, в изучаемой выборке метастатическое поражение яремных лимфатических узлов при интактном VI уровне выявлено в 17 (5,4%) случаях. Метастазы в медиастинальных лимфатических узлах диагностированы в 30 (9,6%) наблюдениях. Лимфогенное распространение может иметь место при опухолях любого размера, в том числе при так называемых медуллярных микрокарциномах, к которым относят новообразования до 10 мм в наибольшем измерении. С увеличением карциномы в размерах вероятность регионарного распространения существенно увеличивается. Причинно-специфическая 5-, 10- и 15-летняя выживаемость для всей выборки составила 84,1%, 72,6% и 67,9% соответственно.

При многовариантном анализе установлено, что вероятность смерти от прогрессирования медуллярного рака определяют следующие факторы: интратиреоидный рост опухоли (OR=0,11; p<0,00001), ее размер (OR=1,03; z=0,008), отсутствие регионарных метастазов или метастатическое поражение лимфатических узлов только VI уровня (OR=0,08; p<0,00001), операция в объеме меньшем тотальной тиреоидэктомии (OR=5,06; p=0,031), невыполнение медиастинальной лимфодиссекции (OR=9,49; p=0,002). Предсказательная ценность разработанной модели составила 89,9%. Если использовать полученные коэффициенты регрессии в уравнении с признаками, описывающими реальную клиническую ситуацию, можно определить вероятность неблагоприятного исхода у конкретного больного.

Выводы.

1. Медуллярный рак щитовидной железы характе-

ризуется высоким риском регионарного распространения (48,7%).

2. Вероятность летального исхода от прогрессирования медулярного рака щитовидной железы определяется исходным состоянием лимфатических узлов шеи, размером новообразования, его инвазивным потенциалом и в значительной степени зависит от качества хирургического лечения.

3. Отказ от выполнения медиастинальной лимфодиссекции при медулярных карциномах - фактор высокого риска генерализации опухоли после состоявшегося лечения.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ТИРЕОИДНОЙ ХИРУРГИИ — НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Иванов С.А., Татчихин В.В.

УО "Гомельский государственный медицинский университет",

УЗ "Гомельский областной клинический онкологический диспансер",

г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. На хирургическую активность в отношении тиреоидной патологии влияют заболеваемость раком щитовидной железы (ЩЖ), зобная эндемия, организация диагностических мероприятий [1]. Оперативные вмешательства на ЩЖ могут сопровождаться осложнениями - общими и местными, специфическими и неспецифическими [2]. Наиболее частыми являются гипокальциемия и парез внутренних мышц гортани [1,2]. Анализ негативного хирургического опыта способствует улучшению результатов лечения тиреоидной патологии.

Цель. Проанализировать результаты диагностики и лечения послеоперационных осложнений при вмешательствах на ЩЖ.

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделения опухолей головы и шеи Гомельского областного клинического онкологического диспансера. В 1996-2009 гг. выполнено 2293 вмешательства на ЩЖ, в том числе: гемити-реидэктомия, резекция доли, резекция перешейка - 1301, субтотальная и тотальная тиреоидэктомия - 218, тиреоидэктомия с шейной лимфодиссекцией - 721, удаление тиреоидного остатка - 53. Все вмешательства выполнены по методике экстракапсулярного экстрафас-циального удаления тиреоидной ткани с однотипной манипуляционной техникой. Половое распределение: мужчины - 796, женщины - 1497. Средний возраст - $51,4 \pm 7,7$ лет. Мы проанализировали структуру послеоперационных осложнений, их частоту в зависимости от объема операции, особенности диагностики и лечения отдельных видов осложнений. Сравнение непараметрических показателей по критерию χ^2 square.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения: гипо-

кальциемия - 184 (8,0%), парез внутренних мышц гортани - 89 (3,9%), в том числе односторонний - 82, двусторонний - 7; кровотечение из операционной раны - 28 (1,2%); лимфорей из грудного лимфатического протока - 8 (0,3%), травма шейного отдела пищевода, трахеи - 3 (0,2%), травма блуждающего, диафрагмального нерва, плечевого сплетения - 3 (0,1%), травма магистральных артерий шеи - 1 (0,05%), тромбоэмболия легочной артерии - 1 (0,05%).

Гипокальциемия наблюдалась у 1 пациента после гемитиреоидэктомии (0,001%), у 32 пациентов после тиреоидэктомии (14,7%), у 151 - после тиреоидэктомии с лимфодиссекцией (20,9%), осложнение достоверно чаще наблюдалась после более объемных вмешательств, $p < 0,05$. Парез мышц гортани наблюдался у 36 пациентов после гемитиреоидэктомии (2,8%), у 11 - после тиреоидэктомии (5,0%), у 42 - после тиреоидэктомии с лимфодиссекцией (5,8%), осложнение достоверно чаще наблюдалось после более объемных вмешательств, $p < 0,05$. Не отмечено достоверной разницы в частоте кровотечений при различных типах операции, $p > 0,05$. Интраоперационные травмы соседних анатомических образований наблюдались только при тиреоидэктомии с шейной диссекцией.

Контроль уровня кальция обычно выполнялся на 1, 3-4, 6-8 сутки после операции. Количество пациентов с выраженной гипокальциемией (менее 90% от исходного уровня) возрастало в период от 1 до 4 суток и сокращалось к 7-8 суткам после вмешательства. Такая динамика может быть объяснена нарастанием микроциркуляторных нарушений. С целью профилактики и лечения гипокальциемии мы применяли медикаментозную терапию, направленную на улучшение кровообращения в послеоперационной зоне, заместительную терапию препаратами кальция и витамина Д. В 17 случаях факт полного удаления околощитовидной железы установлен интраоперационно, выполнена одномоментная реплантация органа в мышечные ткани шеи. Стойкая гипокальциемия по истечении 1 мес. сохранялась у 31 пациента.

Парез внутренних мышц гортани диагностировался на 1 сутки после операции во всех наблюдениях. Всем пациентам проводилось медикаментозное лечение и фонопедия по рекомендациям фоноiatра. Развитие стеноза гортани при двустороннем парезе мышц гортани потребовало наложения трахеостомы у 6 пациентов. Двум пациентам выполнены операции по поводу стеноза гортани - латерофиксация голосовой складки и эндоларингеальная резекция голосовой складки, оба пациента деканюлированы.

Все случаи раневого кровотечения отмечены на 1-2 сутки после вмешательства, производилась ревизия раны с окончательным гемостазом. В 16 случаях источником кровотечения были подкожные сосуды, в 7 - сосуды предгортанных мышц. Лимфорей из грудного лимфатического протока отмечалась на 1-4 сутки после операции, объем лимфопотери составлял 400-1100 мл/сут. У 3 пациентов удалось прекратить лимфорей консервативно, у 5 была выполнена ревизия раны с идентификацией и ушиванием протока.

Выводы. Специфические осложнения (гипокальциемия, парез мышц гортани) являются наиболее частыми в тиреоидной хирургии.

Частота специфических осложнений зависит от объема операции на щитовидной железе.

Выполнение операций на щитовидной железе требует тесного сотрудничества с эндокринологической и фониатрической службой с учетом частоты и структуры послеоперационных осложнений.

Литература:

1. Spelsberg, F. *Die Schilddruese in Klinik und Praxis* / F. Spelberg, T. Negele, M. M. Ritter. - J. A. Barth Verlag, Heidelberg, 2000. - St. 186-190.

2. *Local complications after surgical resection for thyroid carcinoma* / M. B. Flynn [et al.] // *Am. J. Surg.* - 1994. - N 168. - P. 1060-1064.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛКООЧАГОВЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

*Ковальчук Л.А., Максимлюк В.И.,
Добродордний В.Б., Смачило И.И.
Тернопольский государственный медицинский
университет имени
И.Я. Горбачевского,
г. Тернополь, Украина.*

Актуальность. Щитовидная железа является одним из органов, наиболее чувствительных к канцерогенному воздействию ионизирующего излучения. Особенно эта проблема обострилась в Украине после Чернобыльской трагедии. Риск возникновения тиреоидных злокачественных новообразований на момент облучения особенно высок у лиц, возраст которых составляет 15 и менее лет. Вследствие длительного латентного периода развития опухолей пациенты, облученные в детском возрасте, должны наблюдаться у врачей в течение всей жизни [1].

Проводя профилактическое сонографическое обследование щитовидной железы (ЩЖ) весьма часто обнаруживают ее узловые образования, что зачастую представляет большую клиническую проблему. Если следовать протоколу обследования, лечения и наблюдения больных с узловыми образованиями ЩЖ, то тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) показана при много- или одноузловых образованиях свыше 1-го см, или меньшего размера у больных группы риска. Исходя из этого, с поля зрения выпадает подгруппа больных, имеющая морфологические признаки рака ЩЖ и размер новообразований менее одного сантиметра. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения [2] эта подгруппа рака относится к папиллярным микрокарциномам щитовидной железы (МКЩЗ) и рассматривается как папиллярный рак диаметром 1 см и менее. Некоторые авторы включают сюда фолликулярную и медуллярную формы рака такого же размера [3].

По литературным данным [1,3], морфологически папиллярная МКЩЖ, встречается чаще, чем фолликулярная, их соотношение - приблизительно 84% к 8%. Обнаружить МКЩЗ при диспансерном осмотре пальпаторно без сонографического исследования не представляется возможным. Первыми клиническими проявлениями

этого заболевания являются метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи или их отдаленная диссеминация. Частота такой диссеминации составляет 30-35%. Поэтому главная цель при узловых формах зоба диагностировать неопластические изменения не только в мелких солитарных узлах, но и в мелких узлах при многоузловых формах, так как зачастую у них верифицируется МКЩЗ. Именно эта категория пациентов подлежит оперативному вмешательству, а после морфологической верификации по показаниям радиойодтерапии.

Известно, что большинство неопластических образований в ЩЖ гормонально не активны. Это не позволяет с помощью радионуклеидной скинтиграфии дифференцировать доброкачественные узлы от злокачественных. Использование сонографических аппаратов с высокой разрешающей способностью позволило легко диагностировать узловые образования в ЩЖ и за ее пределами. Подтвердив наличие мелких узловых образований в ЩЖ, мы не можем оценить их гистологическое строение. Хотя, нечеткость контуров, неправильность формы узла, отсутствие гипоехогенного венчика, структурная гипоехогенность, наличие в нем анэхогенных участков и микрокальцинатов позволяет заподозрить наличие МКЩЖ. Правильно проведенная ТАПБ позволяет в 80-90% цитологически установить наличие злокачественного процесса, а при атипии - провести дополнительное иммуноцитохимическое обследование.

Цель. Оценить результаты ТАПБ узлов размером 1 см и меньше, морфологически у которых была выявлена МКЩЖ.

Материал и методы. Мы проанализировали собственный структурно-морфологический материал, основанный на сонографической верификации узловых образований в ЩЖ и морфологических заключений, полученных после ТАПБ у 450 больных за последние 2 года. Сонографическое исследование проводили на аппарате (ALOKA SSD 2000, линейный датчик 10,0 МГц). ТАПБ проводили под контролем УЗИ используя этот же аппарат методом "свободной руки" без использованием биопсийного адаптера. Цитологический анализ был проведен в отделении патоморфологии Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей.

Результаты. Из проведенных ТАПБ у 450 пациентов первично диагноз рак был установлен у 32 (7,1%) больных. Мужчины составляли 31,25%, женщины - 68,75%. Морфологически папиллярный рак верифицирован у 81,25%, медуллярный с 6,25%, недифференцированный - 12,5% больных.

Первично обнаруженная МКЩЖ (11 случаев) среди всех злокачественных новообразований за данными ТАПБ составила 34,4%. Мужчины составляли 18,2%, женщины - 81,8%. После пункции солитарных узлов МКЩЖ установлена у 54,55% пациентов, а у 45,45% тот же диагноз установлен при многоузловых формах, что свидетельствует о необходимости пункции всех технических возможных узлов, которые диагностированы в ЩЖ.

Возраст больных, которых мы обследовали, составил 21 - 79 лет. Пик микрокарцином обнаружен у пациентов 35-45 лет, а недифференцированные формы выявлены в старшем возрасте.

Выводы.

1. Пункционная биопсия на сегодняшнее время была и остается золотым стандартом тиреологии.

2. С улучшения диагностики узловых образований ЩЖ, которые не определяются при пальпации, целесообразно расширить показания к сонографическому ее обследованию.

3. Учитывая высокий процент выявления микрокарцином, которые диагностируются при пункционной биопсии, целесообразно расширить показания к ее выполнению, с включением в алгоритм обследования узлов меньшего диаметра.

Литература:

1. Эпштейн, Е. В. Стратегия и тактика лечения больных с узловой патологией щитовидной железы / Е. В. Эпштейн, С. И. Матяцук // Основные типы новообразований // Ліки України. - 2004. - № 10. - С. 34-39.

2. Hedinger, Chr. Histological typing of thyroid tumors / Chr. Hedinger, E. K. Williams, L. H. Sobin. - Berlin: Springer, 1988. - 66 p.

3. Трошина, Е. А. Морфология очаговых (фокальных) изменений щитовидной железы / Е. А. Трошина, И. Т. Мартыросян, П. В. Юшков // Клиническая и эксперим. тиреология. - 2007. - Т. 3, № 1. - С. 38-42.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА

Кондратенко Г.Г., Гапанович А.Н., Андреев В.Н., УО "Белорусский государственный медицинский университет, УЗ "10-я городская клиническая больница", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Тиреотоксикоз - клинический синдром, при котором ткани подвергаются воздействию высоких уровней циркулирующих гормонов щитовидной железы (ЩЖ). Наиболее частой причиной тиреотоксикоза является болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб (ДТЗ), БГ), системное аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие выработки стимулирующих антител к рецептору тиреотропного гормона [1]. Хирургическое лечение БГ до сих пор является предметом международных дискуссий. Тиреоидэктомия является одним из основных традиционных методов лечения гипертиреоза, обусловленного БГ. Главным преимуществом хирургического лечения является быстрое достижение необратимой ликвидации тиреотоксикоза. При этом случаи смертности пациентов практически исключаются, а частота послеоперационных осложнений очень незначительна и, как правило, они являются транзиторными [2]. Тем не менее, с целью сокращения частоты послеоперационных рецидивов, хирургическое лечение гипертиреоза требует высокого уровня специализации и опыта оперирующего хирурга, тщательного выбора объема оперативного вмешательства и понимания патофизиологии тиреотоксикоза для того, чтобы грамотно дифференцировать гипертиреоз от негипертиреоидных причин тиреотоксикоза. Рецидив тиреотоксикоза после операции - это одна из самых неблагоприятных

ситуаций, которая может возникать при лечении БГ в целом. В связи с этим, по современным представлениям, наиболее оптимальным считается удаление максимально безопасного объема тиреоидной ткани (предельно субтотальная резекция ЩЖ), обеспечивающее необратимый гипотиреоз, который у пациента фактически не развивается, поскольку он сразу после операции начинает получать заместительную терапию тироксином. Проведение субтотальных резекций несет высокий риск отдаленного рецидива тиреотоксикоза и не исключает развития гипотиреоза [3].

Цель. Ретроспективная оценка результатов хирургического лечения пациентов с тиреотоксикозом в отделении хирургической эндокринологии 10-й ГКБ г. Минска.

Материал и методы. Нами исследовано 811 пациентов, подвергшихся оперативному лечению по поводу тиреотоксикоза с 2005 по 2009 гг. Из них 151 мужчин (18,6%) и 660 женщин (81,4%). Средний возраст пациентов 41,6 лет (19-73 лет). Шестьсот двадцать пациентов (76,4%) были прооперированы по поводу БГ, 191 (23,6%) - по поводу многоузлового токсического зоба. В 2005-2006 гг. нами проводились преимущественно субтотальные резекции ЩЖ, тогда как, начиная с 2007 года - преимущественно предельно субтотальные и тотальные резекции ЩЖ. БГ диагностировалась на основании клинических, лабораторных данных, диффузного увеличения ЩЖ на УЗИ и данных сцинтиграфии.

Результаты и обсуждение. Всего, за последние 5 лет, нами было проведено 363 субтотальных резекции ЩЖ, что составило 44,8% от общего количества операций по поводу тиреотоксикоза. Из них 72,2% пациентов (n=262) имели ДТЗ. Предельно субтотальные или тотальные тиреоидэктомии проведены 448 (55,2%) больным, из них в 59,8% случаев (n=268) - по поводу БГ. Рак ЩЖ, по данным гистологического исследования операционного материала, констатирован в 0,9% случаев (n=8). Массивные кровотечения из послеоперационной раны, требующие ревизии и гемостаза наблюдались у 5 из 811 пациентов (0,6%). Преходящий парез возвратного нерва встречался у 28 прооперированных больных (3,4%). Транзиторный гипопаратиреоз, требующий временного назначения препаратов кальция имел место у 72 субъектов (8,9%). При этом, количество пациентов с транзиторной гипокальциемией после проведения субтотальной резекции, или предельно субтотальной и тотальной тиреоидэктомии достоверно не отличались, p=0.5. Стойкий гипопаратиреоз развивался только у 1,1% пациентов (n=9). В связи с тем, что удаление максимально безопасного объема тиреоидной ткани, обеспечивает необратимый гипотиреоз, все пациенты сразу после операции начинали получать заместительную терапию тироксином. Таким образом, представление данных о количестве больных с послеоперационным гипотиреозом в данной работе не представляется возможным. У 5 пациентов из 363 (1,4%), которым были проведены субтотальные резекции ЩЖ в нашей клинике, наблюдался рецидив тиреотоксикоза.

Выводы. Хирургическое лечение тиреотоксикоза является безопасным и эффективным. Ранние послеоперационные осложнения в нашем центре хирургической эндокринологии встречались достаточно редко. Субтотальные резекции ЩЖ, которые ранее считались единст-

венно возможными, в настоящее время должны проводиться только в особых сложившихся ситуациях. Предельно субтотальные или тотальные тиреоидэктомии могут быть рекомендованы как первичное лечение для больных с различными нозологическими формами тиреотоксикоза, и, с целью сокращения количества послеоперационных осложнений, должны проводиться непременно в специализированных отделениях только высококвалифицированными хирургами. Для более детальной оценки частоты послеоперационных рецидивов тиреотоксикоза требуется длительный мониторинг тиреоидной функции у данных пациентов в дальнейшем.

Литература:

1. Iagaru, A. *Treatment of thyrotoxicosis* / A. Iagaru, I. R. McDougall // *J. Nucl. Med.* - 2007. - Vol. 48, N 3. - P. 379-389.
2. Shindo, M. *Surgery for hyperthyroidism* / M. Shindo // *ORL J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec.* - 2008. - Vol. 70, N 5. - P. 298-304.
3. Hussain, M. *Total thyroidectomy: the procedure of choice for toxic goiter* / M. Shindo *Clin. Endocrinol. (Oxf).* - 2008. - Vol. 69, N 6. - P. 943-950.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНОМ

Леонович С.И., Кондратенко Г.Г., Черноморец Н.В., Ромейко Н.Н., Коротыш А.Н.
УО "Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Инсулинома - опухоль β -клеток поджелудочной железы (ПЖ), секретирующая избыточное количество инсулина и проявляющаяся гипогликемией.

В общей популяции она диагностируется с частотой 0,5-1,25 на 1млн. человек в год. Преобладающий возраст - 40 лет и старше - 80% всех инсулином

Соотношение мужчин и женщин примерно одинаковое.

- 10% случаев инсулином сочетаются с другими опухолями;

- С одинаковой частотой возникает в головке, теле, хвосте ПЖ;

- 5% может располагаться внепанкреатически (желудок, 12 п.к., малый сальник, реже - желчный пузырь и желчные пути).

Цель. Проблемы диагностики и лечения инсулином до сих пор остаются одними из сложнейших в хирургической эндокринологии во всем мире, поэтому нашей целью явилось своевременная диагностика этой патологии.

Материал и методы. Учитывая разнообразную клиническую картину и трудности в диагностике болезни, правильный диагноз в течение года после появления первых признаков заболевания по литературным данным ставится лишь у 10%. Средняя продолжительность заболевания от первых симптомов до постановки диагноза составляет $4,6 \pm 2,0$ года.

Диагностика основана на обнаружении неадекватно высоких концентраций инсулина и С-пептида в крови на фоне выраженной гипогликемии. Соотношение инсулин/глюкоза превышает 0,4 (в норме <0,4). Ключ к диагностике

- триада Уиппла (возникновение признаков спонтанной гипогликемии натощак, падение содержания сахара в крови во время приступа ниже 2,5 ммоль/л, купирование приступа введением глюкозы или сахара).

Специальные исследования:

- проба с толбутидом;
- проба с L-лейцином;
- проба с соматостатином;
- тест подавления С-пептида.

Комплексное лучевое дооперационное обследование позволяет точно локализовать опухоль или зону гиперпродукции инсулина не более чем в 90% наблюдений. При этом чувствительность УЗИ и КТ не превышают 50%. Несколько лучшие результаты - при применении МРТ и эндоскопического УЗИ. Наилучшие результаты получены при ангиографической диагностике - чувствительность 60-80% и методах, основанных на заборе крови, оттекающей от поджелудочной железы с последующим определением в ней уровня иммунореактивного инсулина: чрескожного чреспеченочного забора крови из ветвей воротной вены и забора крови из правой печеночной вены после внутриаартериальной стимуляции различных отделов поджелудочной железы кальцием (АСЗК) - чувствительность достигает 60-95%, а по некоторым данным, даже 100%. Но при использовании этих способов диагностики определяется только зона расположения опухоли.

Результаты и обсуждение. За последние 5 лет под нашим наблюдением в 10 ГКБ с диагнозом инсулинома ПЖ находилось 39 пациентов. Из них подвергалось хирургическому лечению 32 больных. Сроки заболевания от 2 до 5 лет. Из оперированных опухоли располагались:

- по передней поверхности ПЖ:

- в головке - 6;

- в теле - 8;

- в хвостовой части - 13;

- по задней поверхности ПЖ:

- в теле - 1;

- в хвостовой части - 2;

В других органах:

- в надпочечнике - 1;

- в брыжейке тонкого кишечника - 1.

В 29 случаях инсулинома подтверждена гистологически. Рецидив опухоли через 1 год наблюдался у 3 пациентов, что потребовало повторного хирургического вмешательства. У 2 пациентов инсулиномы образовались в местах не связанных с предыдущим расположением.

Из основных методов лечения: энуклеация - 30; резекция хвостовой части ПЖ - 2; консервативное лечение проводилось при отсутствии показаний к операции.

Осложнения, которые возникли в послеоперационном периоде: острый панкреатит - 3; образование свищей - 1.

Послеоперационной летальности не было.

Таким образом, больные при наличии гипогликемического состояния должны обследоваться в специализированных эндокринологических отделениях, оперативное лечение - выполняться по строгим показаниям с последующим наблюдением эндокринолога.

Из обследованных 16 больных через 2-3 года после операции у 13 - состояние хорошее, у 2 - удовлетворительное и 1 больная отмечает 1-2 раза в мес. слабость, головокружение и снижение показателей глюкозы до 2,0-2,5 ммоль/л при отсутствии клинических и диагностических данных.

ВЫЯВЛЕНИЕ НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ С УЧЁТОМ РАЗМЕРОВ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Михайлова Н.А., Вергасова Е.В., Задорожная Н.И.,
Руселик Е.А., Пиманов С.И.,
Витебский областной диагностический центр,
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Число пациентов с узловой патологией щитовидной железы (ЩЖ) в Республике Беларусь (РБ) неуклонно растёт, что связывают с природным йодным дефицитом и последствиями катастрофы на Чернобыльской АЭС. По данным Министерства Здравоохранения РБ, распространённость узлового зоба в РБ составляет 102 на 100 000 человек [1].

По мнению большинства специалистов, показаниями для проведения тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) в рамках диагностики узлового зоба являются все пальпируемые узловые образования (УО) ЩЖ, а также УО размерами 1,0 см и более [2].

Хотя данная проблема является весьма актуальной, в литературных источниках ранее не изучалась связь выявления неопластических изменений при ТАБ с учётом размеров пунктируемых образований.

Цель. Выявить неопластические изменения ЩЖ при ТАБ под контролем ультразвукового изображения с учётом размеров узловых образований.

Материал и методы. ТАБ под контролем УЗИ проведена амбулаторно 2281 пациенту (мужчин - 12%, женщин - 88%, возраст пациентов составлял от 18 до 78 лет, средний возраст - 59 лет) по назначению врачей-эндокринологов г. Витебска и Витебской области. Были пунктированы УО различной структуры, диаметр поперечного сечения узла находился в диапазонах от 0,4 до 1,5 см и более.

Пациенты, которым выполнялась ТАБ, были разделены на 3 группы:

- I группа - 703 пациента (30,8%) - диаметр поперечного сечения пунктированных УО был до 1,0 см;
- II группа - 802 пациента (35,2%) - диаметр поперечного сечения пунктированных УО составлял 1,0-1,5 см;
- III группа - 776 пациентов (34,0%) - диаметр поперечного сечения пунктированных УО превышал 1,5 см.

Ультразвуковое исследование и контроль при проведении аспирационной пункционной биопсии осуществлялись на ультразвуковом аппарате "Hitachi-EUB 450" (Япония) с использованием линейного датчика 7,5 МГц без биопсийного адаптера методом "свободной руки". Для каждого пункционного исследования использовался стандартный одноразовый инъекционный шприц объёмом 10 мл с иглой 22G (0,7 мм).

Результаты и обсуждение. В I группе только в 4 случаях из 703 было получено цитологическое заклю-

чение "подозрение на неоплазию", заключение "неоплазия" не было получено, и в 169 случаях исследование оказалось неинформативным. Во II группе в 24 случаях из 802 получено заключение "подозрение на неоплазию", 8 пациентам выставлен диагноз "рак щитовидной железы" - (6-ти пациентам - папиллярный, и 2-м пациентам - медуллярный), в 56 случаях исследование оказалось неинформативным. Таким образом, признаки неопластической патологии в группе больных с размерами УО 1,0-1,5 см выявлялись статистически значимо чаще, чем в группе больных с размерами УО до 1,0 см ($\chi^2=17,34$, $p<0,001$). В III группе в 26 случаях из 776 получено заключение "подозрение на неоплазию", 10 пациентам выставлен диагноз "рак щитовидной железы" (в 9 случаях папиллярный, в 1 случае медуллярный), в 51 случаях исследование оказалось неинформативным. Таким образом, признаки неопластической патологии в группе больных с размерами УО превышающими 1,5 см выявлялись статистически значимо чаще, чем в группе больных с размерами УО до 0,9 см ($\chi^2=21,70$, $p<0,001$). При сравнении результатов частоты выявления неопластических изменений при цитологическом исследовании во II и III группах (32 из 802 и 36 из 776) не удалось выявить достоверных различий ($\chi^2=0,26$).

Выводы. При цитологическом исследовании частота выявления неопластических изменений в группах больных с размерами УО 1,0-1,5 см и 1,5 см и более была выше, чем в группе пациентов с размерами УО до 1,0 см. Статистически значимых различий частоты неопластических изменений в группах больных с размерами УО 1,0-1,5 см и 1,5 см и более не выявлено.

Литература:

1. Данилова, Л. И. Болезни щитовидной железы и ассоциированные с ними заболевания / Л. И. Данилова. Минск, Nagasaki: Heuwadou offset, 2005. - 470 с.
2. Management of thyroid nodules detected at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement / M. C. Frates [et al.] // Radiology. - 2005. - Vol. 237. - P. 794-800.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТАНДАРТНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОПАРАТИРЕОЗА

Хрыщанович В.Я.
Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Стандартное лечение гипопаратиреоза заключается в приеме препаратов кальция и витамина Д (или его аналогов) и не предусматривает восполнения дефицита паратгормона. Лишь в нескольких исследованиях приводится оценка эффективности лечения гипопаратиреоза препаратами кальция/витамина Д. Вместе с тем, до настоящего времени не было изучено влияние хронической паращитовидной недостаточности на качество жизни пациентов, чему и посвящено проведенное исследование [1-3].

Материал и методы. Проспективное контролируемое исследование проведено на 69 пациентах с послеоперационным гипопаратиреозом (период послеоперационного наблюдения - $38,7 \pm 10,3$ месяцев), постоянно принимающих кальций/витамин Д (или его аналоги), и 26 пациентах из группы сравнения, оперированных на щитовидной железе с сохраненной паратиреоидной функцией. Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по полу, возрасту и времени, прошедшему после операции. Оценку качества жизни и паратиреоидного гомеостаза изучали с использованием валидных анкет-опросников (SF-36 v. 2TM, NAIF), сывороточных показателей фосфорно-кальциевого обмена, а у пациентов с гипопаратиреозом, дополнительно проводили скрининг возможных осложнений заболевания путем ультразвуковой и офтальмологической обследований.

Результаты и обсуждение. Сывороточный кальций находился в приемлемом терапевтическом диапазоне у 10 пациентов с гипопаратиреозом, в большинстве случаев фосфорно-кальциевый гомеостаз не носил физиологический характер. Нефролитиаз был выявлен у 6 и катаракта у 3 из 69 пациентов с гипопаратиреозом. В сравнении с контролем, пациенты с гипопаратиреозом имели более низкие показатели качества жизни на основании балльной оценки по анкетам SF-36 v. 2TM ($p < 0,05$), NAIF ($p = 0,048$) с преимущественным снижением баллов в шкалах жизненная активность, физическое и социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным и физическим состоянием.

Выводы. Существующая в настоящее время стандартная терапия гипопаратиреоза не в состоянии полноценно восстановить фосфорно-кальциевый гомеостаз и качество жизни пациентов. В ближайшем будущем необходимо изучить влияние наиболее физиологических терапевтических подходов на качество жизни этих пациентов - применение парат-гормона (1-34) и паратиреоидной трансплантации.

Литература:

1. *Experience in a specialist thyroid surgery unit: a demographic study, surgical complications, and outcome* / N. N. Al-Suliman [et al.] // *Eur. J. Surg.* - 1997. - Vol. - 163. - P. 13-20.
2. *The crystalline lens in chronic surgical hypoparathyroidism* / A. W. Ireland [et al.] // *Arch. Intern. Med.* - 1968. - Vol. 122. - P. 408-411.
3. *Wilson, R. B. Hypomagnesemia and hypocalcemia after thyroidectomy: a prospective study* / R. B. Wilson, C. Erskine, P. J. Crowe // *World J. Surg.* - 2000. - Vol. 24. - P. 722-726.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ГОРМОНОТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ, ПО ДАННЫМ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ТИРЕОИДНОГО ОСТАТКА

Хрыщанович В.Я.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Анализ данных литературы последних лет указывает на неуклонный рост частоты первичного гипотиреоза, который обусловлен радиационным поражением щитовидной железы, возросшей хирургической активностью лечения тиреопатий, исходом длительного течения аутоиммунного поражения щитовидной железы. Достаточно спорным остается вопрос в отношении "золотого" стандарта клинической тиреологии - заместительной монотерапии первичного гипотиреоза левотироксином. В последнее десятилетие появилось большое число работ, посвященных проблеме гипотиреоза и оценке адекватности заместительной терапии [1, 2].

Цель. Оценка зависимости объема заместительной гормонотерапии послеоперационного гипотиреоза от количества тиреоидного остатка по данным ультразвуковой сонографии.

Материал и методы. Обследованы 112 пациентов, оперированных в клиниках г. Минска в 1954-2001 гг. по поводу различной патологии щитовидной железы (аденома, рак, узловой, аденоматозный и смешанный зоб, болезнь Грейвса). По характеру оперативного вмешательства больные были разделены на 4 группы: тотальная и гемитиреоидэктомия (38% и 29% соответственно; 1-я и 2-я группы), субтотальная резекция щитовидной железы - 22% (3-я группа), 11% - энуклеация узла (-ов) (4-я группа). Средняя доза левотироксина в 1-ой группе была $124,2 \pm 7,73$ мкг/сут., во 2-ой - $90,91 \pm 6,04$ мкг/сут., в 3-ей - $105,5 \pm 6,93$ мкг/сут., в 4-ой - $84,62 \pm 9,62$ мкг/сут. Ультразвуковое исследование щитовидной железы (эхогенность, эхоструктура, тяжесть) и регионарных лимфоузлов выполнялось всем пациентам на аппарате Siemens omnia в реальном режиме времени с использованием линейных датчиков длиной 7 см и рабочей частотой 7,5 МГц. Объем щитовидной железы рассчитывался по формуле эллипсоида ($V = \frac{1}{6} \times A \times B \times C$, где А, В, С - размеры долей железы) и составил сумму объемов обеих долей, т.е. $V = V_d + V_s$ (в см³). В большинстве случаев объем перешейка железы не превышал 3-5% общего объема органа и им пренебрегали. У больных послеоперационным гипотиреозом процентное отношение объема сохранившейся щитовидной железы от нормы определяли, используя таблицу "Нормативы объема щитовидной железы в зависимости от веса тела", Костюченко В. А. и соавт., 1998.

Результаты и обсуждение. При ультразвуковом исследовании щитовидной железы в 1-ой группе железистая ткань не визуализировалась, что свидетельст-

вовало о радикальности тотальной тиреоидэктомии. Во 2-ой группе остаточный объем тиреоидной ткани составлял $4,80 \pm 0,47 \text{ см}^3$, преобладала гипо- и изоэзогенная ткань неоднородной структуры. В 3-ей группе остаточный объем щитовидной железы составил $3,11 \pm 0,49 \text{ см}^3$, экзогенность железистой ткани была нормальной или несколько сниженной, неоднородная экоструктура у 14, однородная у 12 пациентов, гиперэзогенная тяжесть выявлена в 4 случаях. В 4-ой группе объем щитовидной железы составлял $7,36 \pm 1,0 \text{ см}^3$, во всех случаях была изоэзогенна, однородной экоструктуры с выраженной тяжестью. Увеличения регионарных лимфоузлов отмечено не было. При проведении корреляционного анализа между средними дозами принимаемого левотироксина и остаточным объемом щитовидной железы (см^3) была выявлена достоверная обратная связь ($r = -0,9$; $p = 0,04$).

Выводы. Объем оставшейся щитовидной железы может служить объективным критерием в назначении адекватной заместительной гормонотерапии пациентам с первичным гипотиреозом. Проведенные ультразвуковые исследования резецированной щитовидной железы не выявили прямого влияния ее остаточного объема на показатели качества жизни, что косвенно указывает на существенную роль экзогенной гормонотерапии в компенсации тиреоидной недостаточности. Сведения из литературы о достаточности 6-10 г ткани щитовидной железы, оставленной при операции, не соответствуют действительности.

Литература:

1. Эффективность заместительной гормональной терапии L-тироксина при явных и скрытых формах гипотиреоза / С. И. Сурков [и др.] // Пробл. эндокринологии. - 1990. - № 5. - С. 14-18.
2. Effects of thyroxine as compared with thyroxine plus triiodothyronine in patients with hypothyroidism / R. Bunevicius [et al.] // New England Journal of Medicine. - 1999. - N 340. - P. 424-429.

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЩИТОВИДНО-ПАРАЩИТОВИДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Хрыщанович В.Я., Третьяк С.И.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время имеется большое количество пациентов, страдающих одновременно послеоперационной щитовидно-паращитовидной недостаточностью, резистентной к традиционной заместительной медикаментозной терапии [1]. Предложенные способы хирургического лечения гипотиреоза, гипопаратиреоза путем свободной аллотрансплантации тироцитов, паратироцитов в различные органы и ткани реципиента имеют ряд недостатков, связанных с весьма серьезным риском их отторжения, несмотря на проведение в большинстве случаев иммуносупрессивной терапии, в результате чего

происходит значительное снижение сроков функционирования пересаженной культуры клеток. Другим недостатком способов свободной аллотрансплантации является использование в качестве донорского материала щитовидных и паращитовидных желез плодов человека, что требует решения целого ряда медицинских и юридических проблем, а также изолированное их применение только в случаях гипотиреоза или гипопаратиреоза. Предпочтительным для данной категории пациентов является способ одновременной (симультанной) трансплантации тироцитов и паратироцитов, заключенных в миллиметровую капсулу с селективно проницаемой оболочкой, то есть оболочкой непроницаемой для элементов иммунной системы реципиента, но проницаемой для питательных веществ и гормонов, вырабатываемых трансплантатом в соответствии с потребностями организма реципиента [2].

Цель. Обеспечение долговременной и эффективной жизнедеятельности пересаженных тироцитов и паратироцитов, позволяющей адекватно компенсировать послеоперационную щитовидно-паращитовидную недостаточность у пациентов, перенесших тотальную тиреоид-паратиреоидэктомию.

Материал и методы. Для решения поставленной цели использованы щитовидные и паращитовидные железы новорожденных кроликов, которые подвергали предтрансплантационной механической и ферментативной обработке, после чего помещали в микропористый полиамидный или нейлоновый биоконтейнер (длина - 1,5-2 см, ширина - 4-5 мм, диаметр микропор 1-2 мкм). Инкапсулированный щитовидно-паращитовидный трансплантат имплантировали в просвет глубокой бедренной артерии, что обеспечивало достаточную нутритивную поддержку трансплантата и защищало от реакции отторжения на длительный период времени.

Результаты и обсуждение. Пример. Больная Б., 1937 года рождения, клинический диагноз: послеоперационный гипотиреоз, тяжелая форма, клинко-гормональная субкомпенсация, после-операционный гипопаратиреоз средней степени тяжести, медикаментозная субкомпенсация. Заместительная терапия: левотироксин 175 мкг, кальций 1000 мг и витамин D_3 400 МЕ в сутки. Жалобы на сонливость, утомляемость, отеки лица и голеней, судороги икроножных мышц.

Операция: ксенотрансплантация культуры тироцитов и паратироцитов в глубокую бедренную артерию справа с аутовенозной пластикой. Иммуносупрессия не применялась. Период посттрансплантационного наблюдения - 36 месяцев. Потребность в заместительной медикаментозной терапии: левотироксин 50 мкг, кальций 500 мг в сутки. Судороги икроножных мышц, отеки лица и голеней, сонливость, утомляемость не беспокоят.

Уровень тиреоидных гормонов, тиреотропного гормона, антител к тиреоглобулину, Ca^{++} в сыворотке крови в пределах нормы (Т4 свободный - 13 пмоль/л, тиреотропный гормон - 3,2 мМЕ/л, антитела к ТГ - 23 Ед/мл, Ca^{++} - 2,3 ммоль/л). Сцинтиграфия ложа трансплантата через 6 месяцев после пересадки: отмечено активное накопление радиофармпрепарата Tc^{99m} .

Выводы. Таким образом, предлагаемый хирургический способ лечения послеоперационного гипотиреоза и гипопаратиреоза путем симультанной ксенотранс-

плантации тироцитов и паратироцитов без применения иммуносупрессии является эффективной и долговременной альтернативой заместительной медикаментозной терапии тяжелых форм щитовидно-паращитовидной недостаточности.

Литература:

1. Поташов, Л. В. Перспективы трансплантации клеточных культур для коррекции некоторых эндокринных заболеваний / Л. В. Поташов // Новые С.-Петербург. врач. ведомости. - 1999. - № 1. - С. 22-24.
2. Lanza, R. P. Transplantation of encapsulated cells and tissues / R. P. Lanza, W. L. Chick // Surgery. - 1997. - Vol. 121, N 1. - P. 1-9.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шебушев Н.Г., Лызигов А.Н.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Болезни щитовидной железы широко распространены в Гомельской области, а после аварии на ЧАЭС проблема заболеваний этого органа переросла из региональной в национальную. Поражение щитовидной железы проявилось в первые дни после аварии. Дозовые нагрузки в результате инкорпорации радиоактивного йода сформировались в относительно короткий промежуток времени.

Материал и методы. В клинике с 1997 года по 2004 год прооперировано 667 больных с заболеваниями щитовидной железы, проживавших в городе Гомеле и районах Гомельской области, подверженные радиоактивному загрязнению. Женщин было 604 (90,5%), мужчин - 63 (9,5%).

Методы исследования включали в себя: УЗИ, сканирование, пункционная биопсия щитовидной железы, гистологическое исследование.

Распределение больных по нозологическим формам представлено в таблице 1.

В соответствии с данными, представленными в табл. 1, основную часть наблюдений составили пациенты с узловым зобом - 453 (67,91%) и смешанным узловым зобом - 158 (23,68%). В состоянии эутиреоза находилось 632 (94,75%) больных. У 35 (5,24%) больных имелись явления легкого гипотериоза. Сдавление органов шеи наблюдалось у 16 (2,39%) больных, в том числе у 9 (1,34%) изолированное сдавление пищевода. Среди сопутствующих заболеваний преобладали сахарный диабет 2-го типа - 29 (4,34%). Артериальной гипертензией страдали 86 (12,89%) больных, мерцательной аритмией - 14 (2,09%), ожирение II-III степени у 94 (14,09%) больных.

Сканирование щитовидной железы произведено 335 (50%) больному. Холодные узлы обнаружены у 52,5%, горячие - у 19,7%, холодные и горячие - у 27,8% больных. Пункционная биопсия произведена 615 (92,2%) пациентам. При этом в пунктате находили пролиферирующий

фолликулярный эпителий, клетки крови. В 112 (16,8%) случаях имели место явления тиреоидита. Пункционная биопсия была неинформативной у 133 (19,9%) больных, в пунктате присутствовали лишь форменные элементы крови.

Интраоперационная биопсия со срочным гистологическим исследованием была произведена 541 (81,2%) больным. У 37 из них (5,54%) был диагностирован рак. У этих больных дооперационная тонкоигольная биопсия под контролем УЗИ была не информативной.

Всем пациентам до операции определялся уровень тиреоидных гормонов в крови. У 545 (81,7%) уровень гормонов был в пределах нормы, а у 67 (10%) - ниже нормы (в последующем у этих больных при гистологическом исследовании микропрепаратов были выявлены признаки аутоиммунного тиреоидита). У 141 (21,2%) больных были обнаружены антитела к тиреоидной ткани. Характер и объем оперативных вмешательств представлены в таблице 2.

После оперативного лечения гистологически выявлены следующие изменения, которые представлены в таблице 3.

Таблица 1. Распределение больных по нозологическим формам

№ n/n	Нозологическая форма	Число наблюдений	
		Абс.	%
1	Узловой зоб	453	67,91
2	Смешанный узловый зоб	158	23,68
3	Рецидивный узловый зоб	56	8,39
	Итого:	667	100

Таблица 2. Структура оперативных вмешательств

№ n/n	Вид оперативного вмешательства	Число наблюдений	
		Абс.	%
1.	Резекция доли щитовидной железы	201	30,13
2.	Гемитиреоидэктомия с удалением перешейка	349	52,32
3.	Субтотальная резекция щитовидной железы	102	15,29
4.	Тиреоидэктомия	15	2,24

Таблица 3. Гистологическая структура удаленного материала

№ n/n	Вид оперативного вмешательства	Число наблюдений	
		Абс.	%
1.	Макро-микрофолликулярный зоб.	327	49,02
2.	Коллоидный зоб	149	22,33
3.	Аутоиммунный тиреоидит	102	15,29
4.	Узловой + аутоиммунный тиреоидит	52	7,79
5.	Рак щитовидной железы.	37	5,54

Таблица 4. Структура послеоперационных осложнений

Вид послеоперационного осложнения	Число наблюдений	
	Абс.	%
Временный послеоперационный односторонний парез гортани	9	1,34
Гипокальциемия	8	1,19
Послеоперационная гематома	11	1,64

В послеоперационном периоде диагностированы следующие осложнения, которые представлены в таблице 4: послеоперационный порез гортани у 9 (1,34 %), у 8 (1,19 %) пациентов имелись явления гипокальциемии, у 11 (1,64 %) больных имелась послеоперационная гематома. Послеоперационный порез гортани в 3 случаях наблюдался после проведения тиреоидэктомии, в 4 - после двусторонней субтотальной резекции щитовидной железы и в 2 - после гемитиреоидэктомии с удалением перешейка и субтотальной резекцией другой доли.

Повторное вмешательство по поводу гематомы в зоне операции выполнено после тиреоидэктомии ЩЖ у 5 больных, после субтотальной резекции - у 6 больных.

Летальных исходов при хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы не было.

Выводы.

1. Узловыми образованиями щитовидной железы чаще страдают женщины.
2. Наличие узловых форм зоба необходимо считать предраковым состоянием, что является показанием к оперативному лечению.
3. Считаю обязательным приемом срочное интраоперационное гистологическое исследование узлов, с целью ранней диагностики рака щитовидной железы.

СКРИНИГ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Шебушев Н.Г., Лызииков А.Н., Богданович В.Б., Аничкин В.В., Берещенко В.В.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
г. Гомель, Республика Беларусь*

Актуальность. На территории Республики Беларусь за последние годы отмечается стабильное повышение экскреции йода с мочой во всех регионах с 128,6 мкг/л в 2003 г. до 179,2 мкг/л - в 2006 году. До 2003 года экскреция йодурии не превышала 81 мкг/л, а в 1999 году она была 46,9 мкг/л.

Хорошо известно, что структура тиреоидной патологии во многом зависит от уровня потребления йода в популяции. В странах, где существует дефицит йода, среди заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) преобладает диффузный зоб (ДЗ), узловой зоб (УЗ) коллоидный зоб и многоузловой зоб (МУЗ).

Следствием узлового образования хронического дефицита йода является высокая распространенность УЗ и многоузлового зоба (МУЗ), особенно в старшей возрастной группе. Если в странах с достаточным потреблением йода распространенность УЗ составляет около 5%, что в условиях дефицита йода она может достигать 30-40%. Патология щитовидной железы почти в 2 раза чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

Современные ультразвуковые аппараты позволяют диагностировать непальпируемые очаговые изменения в ткани ЩЖ. Минимальный размер выявляемых при

эхографии солидных образований составляет 3-5 мм в диаметре, жидкостных диаметром 2-3 мм.

Цель. Изучение распространенности изменений в ЩЖ, определяемых при УЗИ-исследовании, среди взрослого населения Гомеля. Данное исследование было выполнено в Отделенческой клинической больницы на ст. Гомель (ОКБ) и Гомельском областном клиническом кардиологическом диспансере у пациентов лечившихся по поводу соматической патологии не связанной с заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы. Для оценки распространенности и структуры тиреоидной патологии и радиоактивным загрязнением местности с плотностью 1 Ки/км² и более было обследовано 835 человек с соматической патологией. Все обследованные явились жителями г. Гомеля и Гомельской области проходившие лечение в терапевтических стационарах. Возраст обследуемых колеблется от 15 до 82 лет, средний возраст составил 47,8 лет.

Обследование проводили на ультразвуковом аппарате Aloka-3500 с линейным датчиком 7,5 МГц с последующей записью полученных результатов в анкету с указанием размеров и структуры ЩЖ, а также размеров, локализации и структуры патологических изменений при их обнаружении.

Ниже представлены наиболее часто встречающиеся изменения в ЩЖ по данным УЗ исследования:

- 1) отсутствие диффузных и объемных образований в ЩЖ - норма;
- 2) диффузный зоб (ДЗ) - превышение верхнего значения нормального объема ЩЖ (18 мл у женщин, 25 мл у мужчин) более, чем на 0,4 мл;
- 3) уменьшение объема щитовидной железы;
- 4) узловой зоб (УЗ) - наличие солитарного очагового образования размером более 0,5 см;
- 5) многоузловой зоб - наличие 2 и более узловых образований в одной или двух долях ЩЖ;
- 6) снижение эхогенности ткани ЩЖ как признака аутоиммунной патологии.

Выявленные изменения в ЩЖ явились показаниями для дальнейшего изучения патологии ЩЖ.

Результаты и обсуждение. Среди 835 обследованных патологические эхографические признаки в ткани щитовидной железы были выявлены в 437 (52,4%) случаев. Женщин было обследовано 684(82%), мужчин - 151(18%). Наиболее часто встречающейся патологией явились узловые образования щитовидной железы - 29,3%, из них на долю УЗ приходилось 17,8% и МУЗ - 11,5%. Диффузный зоб встречался в 18,6% случаев. У 14% пациентов изменения в щитовидной железе сопровождались снижением или усилением эхогенности и сосудистого рисунка. Из всех обследуемых пациентов, у которых имелись изменения в ЩЖ, оперировано 167(2%).

Частота фокальных изменений в ткани ЩЖ коррелирует с возрастом. Фокальные изменения форм узловых УЗ и МУЗ встречаются во всех возрастных группах, но максимальная распространенность отмечается в старшей возрастной группе. ДЗ и различные формы УЗ находятся в обратно пропорциональной зависимости: с увеличением возраста частота встречаемости ДЗ снижается, а УЗ - напротив увеличивается.

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о значительной распространенности тиреоид-

ной патологии в женской популяции, практически у каждой третьей женщины имеются те или иные изменения ЩЖ. Преобладание различных форм Уз, МУЗ и фокальных изменений в более старшей возрастной группе (старше 40 лет) и, напротив, снижение частоты встречаемости ДЗ с увеличением возраста практически отражает основные этапы морфогенеза йоддефицитного зоба и состояние йоддефицита, которое наблюдалось до 2003 года.

Значительная распространенность фокальных или зобных изменений ЩЖ и широкое использование УЗИ показывает, что практически врачи чаще сталкиваются с данной патологией и перед ними возникает вопрос - лечить или наблюдать. Распространенность злокачественных образований среди не пальпируемых узлов, по данным биопсии, составляет от 1,8 до 10%, по данным аутопсии - несколько выше (2,7-24%). В настоящее время тактика в отношении фокальных изменений не опреде-

лена, поскольку не изучена их потенциальная способность к пролиферации и возможность трансформации в коллоидные узлы.

Выводы.

1. Наиболее частой патологией ЩЖ среди женской популяции г. Гомеля, встречающейся во всех возрастных группах и увеличивающейся с возрастом, являются фокальные изменения ткани ЩЖ, распространенность которых составила 33,4%.

2. Распространенность ДЗ в общей популяции составила 18,6%. С увеличением возраста отмечается тенденция к снижению доли ДЗ в структуре заболеваний ЩЖ и преобладание узловых форм зоба.

3. В структуре тиреоидной патологии в обследованной выборке узловые изменения ткани ЩЖ оставили 29,3 %. Частота узловых форм зоба увеличивается с возрастом и характеризуется преобладанием многоузловых форм у женщин старшей возрастной группы.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЗАМЕЩЕНИЮ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ МОШОНКИ И ПРОМЕЖНОСТИ ПРИ ГАНГРЕНЕ ФУРНЬЕ

Бармин Е.В., Светлов К.В., Чернов А.Ф.,

Бармин В.Н., Бирюков А.Ю.

РНЦХ РАМН,

Химкинская центральная городская больница,
г. Химки, Российская Федерация

Актуальность. Хирургическое лечение гангрены Фурнье (ГФ) базируется на принципах агрессивной хирургии, подразумевающих тотальное иссечение всех некротизированных тканей, что сопряжено с обширными некрэктомиями и повторными санациями, выполнением дополнительных разрезов на передней и боковой брюшной стенках, на бедрах. Некрэктомия нежизнеспособных тканей мошонки и промежности приводит к обнажению и пролабированию в рану тестикул, части уретры, семенных канатиков, анального сфинктера. В зависимости от распространенности гангренозно-некротического процесса, поражение мошонки носит односторонний, либо билатеральный характер.

Цель. Определить оптимальный вариант замещения дефекта покровных тканей промежности и мошонки, образовавшегося вследствие гнойно-некротического процесса.

Материал и методы. Произведён анализ лечения 39 пациентов с ГФ. Смертность составила 20% (8 человек). Орхэктомия была выполнена в 4 случаях. Таким образом, у 24 мужчин после купирования гнойно-некротического процесса образовались дефекты покровных тканей промежности и мошонки. На этапе накопления опыта предпочтение отдавалось дозированной дерматензии в случаях, когда дефект незначительный - утрачена только половина мягких тканей мошонки и запаса ее кожи достаточно для наложения вторичных швов (23 человека).

Наиболее неблагоприятной была ситуация у 3 пациентов, при которой некротическим процессом была поражена вся кожа мошонки. Этим больным была выполнена пластика мошонки антеромедиальным лоскутом бедра. У 2 пациентов была восстановлена половина мошонки, у 1-го - потребовалось создание неомошонки двумя антеромедиальными лоскутами с обоих бёдер. Развитые фасциальные сосудистые сплетения обеспечивают надежное кровоснабжение, позволяющее формировать лоскуты достаточной длины и ширины. Точка поворота лоскутов расположена на уровне корня мошонки, что обеспечивает отсутствие перегиба шейки лоскута. К тому же комплекс кожа-подкожная клетчатка-фасция значительно тоньше, чем аналогичный комплекс пахового лоскута, что больше соответствует реципиентной области. Техника оперирования относительно несложная, хотя и требует известного опыта оператора. Длина лоскута не должна превосходить ширину его более, чем в два раза. Однако, даже при соблюдении этого условия, возможно выкраивание лоскута до 12 см шириной и 20 см длиной без значительного ущерба для донорской

области. После предварительной разметки вертикально ориентированного лоскута на бедре, проводятся окаймляющие разрезы. Кожа на дистальной границе лоскута рассекается строго перпендикулярно к поверхности. Подъем лоскута осуществляется под плоскостью фасции. Для исключения повреждения сосудистых связей фасции и кожи, желателен наложение провизорных швов между этими образованиями. После формирования лоскута кожа бедра ушивается, а лоскут поворачивается на реципиентную область. В случае двустороннего поражения мошонки выкраиваются два симметричных лоскута, формируются задняя и передняя стенки мошонки, неомошонка фиксируется к коже промежности.

Результаты и обсуждение. Результатом реконструкции стало достижение хорошего функционального и косметического результатов, удовлетворявших как хирурга, так и пациента. При несомненной жизнеспособности тестикул, которые редко вовлекаются в некротический процесс ввиду автономности их кровоснабжения, зарубежными авторами в качестве органосохраняющей операции предлагалось выполнять погружение тестикул в предварительно сформированные подкожные карманы бедер. Однако, как и при использовании дозированной дерматензии и наложении вторичных швов, атипичное расположение приводило к травматизации и атрофии яичек, причиняло пациентам постоянную боль и дискомфорт. Отсутствие мошонки как таковой является дополнительным психотравмирующим фактором, затрудняющим психологическую и социальную реабилитацию пациентов, особенно молодого и среднего возраста. Использование пахового лоскута, либо лоскута, выкроенного в надлобковой области, лоскута на основе прямой мышцы живота при ГФ ограничено, в связи с тем, что для формирования лоскута требуется здоровая интактная кожа донорских областей. Однако, дополнительные разрезы, выполненные в подвздошной и надлобковой областях, исключают применение данных лоскутов. Для мобилизации лоскута прямой мышцы живота требуется выделение сосудистой ножки, требует от оператора хороших навыков, применения специальной техники. По нашему опыту значительно реже в некротический процесс вовлекаются мягкие ткани бедра. В этой связи особого внимания заслуживают различные лоскуты переднемедиальной поверхности бедра, а применение их для реконструкции урогенитальной области и промежности представляется логичным.

Выводы.

1. Антеромедиальный лоскут бедра является методом выбора при реконструкции мошонки;
2. Техника забора лоскута достаточно проста;
3. Хорошее кровоснабжение лоскута, отсутствие резкого перегиба основания лоскута, позволяет избежать осложнений в виде краевых или парциальных некрозов;
4. Забор лоскута не причиняет значительного ущерба донорской области;
5. Реконструкция мошонки антеромедиальным лоскутом бедра позволяет добиться хорошего функционального и эстетического результата.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАН, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

Бейзеров Ю.М., Лобан Е.К., Струнович А.А.,
Ширяев А.В., Инфарович С.А.
“Могилевская больница №1”,
г. Могилев, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время ни у кого не возникает сомнений в том, что ранние хирургические методы лечения ран (в том числе ожоговых) являются оптимальными. В нашем отделении ранние некрэктомии с одномоментной и отсроченной аутодермотрансплантацией выполняются до 5-х -6-х суток с момента травмы.

В этой работе более подробно хотелось бы остановиться на операциях, применяемых нами при лечении ран различного генеза, трофических язв, рубцовых контрактур в так называемых проблемных областях (кисть, крупные суставы, стопа) с применением кровоснабжаемых лоскутов.

В пластической хирургии кисти мы применяем:

1. Островковый пальцевый лоскут. Используется на центральной и периферической сосудистых ножках, в качестве которых выделяются ладонные пальцевые сосуды.

2. Для пластики ограниченных дефектов тыльной поверхности кисти, пальцев кисти, межпальцевых промежутков в ряде случаев используются островковые метакарпальные лоскуты на периферической сосудистой ножке. Они могут быть взяты во 2, 3, 4-м межпальцевых промежутках.

3. Для пластики обширных дефектов кожи кисти, помимо широко известного пахового лоскута, нами используются кожно-фасциальные лоскуты предплечья на лучевых или локтевых сосудах с периферическим кровоснабжением.

Для закрытия ран области локтевого сустава с обнажением капсулы, костей или при вскрытии сустава используется кожно-фасциальный лучевой лоскут предплечья на проксимальной сосудистой ножке. При обширных поражениях в этой зоне с обнажением костей для закрытия раневого дефекта нами используется торакодорзальный кожно-мышечный лоскут.

Для пластики области плечевого сустава чаще всего мы используем кожно-фасциальный островковый лопаточный лоскут. В ряде случаев приходится выполнять пластику торакодорзальным кожно-мышечным островковым лоскутом.

С целью закрытия обширных раневых дефектов, пролежней, трофических язв области крестца, ягодич, седалищного бугра очень хорошо зарекомендовал себя кожно-фасциальный ягодичный лоскут с кровоснабжением из бассейна верхней ягодичной артерии. Для пластики этой зоны мы также используем задний кожно-фасциальный островковый лоскут бедра на кожной ветви нижней ягодичной артерии, сопровождающей задний кожный нерв.

Пластика дефектов тканей вертельной области чаще всего выполняется нами кожно-фасциально-мышечным лоскутом напрягателя широкой фасции бедра. Сосудистая ножка входит в мышцу на 8-10 см ниже

передневерхней ости таза. Реже для пластики этой области тела, а также при остеомиелите передневерхней ости таза мы используем кожно-мышечный или мышечный лоскут, включающий прямую мышцу бедра. Основная питающая ветвь входит в мышцу по средней линии бедра на 7-8 см ниже паховой связки.

При наличии обширных ран области коленных суставов с обнажением костей, суставной капсулы, при вскрытии полости сустава применяется пластика икроножным медиальным или латеральным кожно-мышечным или мышечным лоскутами с кровоснабжением из соответствующей икроножной артерии.

Пластика дефектов тканей области стопы и голеностопного сустава:

1. При наличии дефектов опорной поверхности стопы мы используем срединный кожно-фасциальный лоскут стопы на медиальных сосудах с центральным и периферическим кровоснабжением для закрытия соответственно ран пяточной области и переднего отдела стопы.

2. Для закрытия дефектов заднего отдела пятки небольших размеров (до 5×5 см) применяется латеральный кожно-жировой лоскут стопы на латеральной пяточной артерии (конечной ветви малоберцовой артерии).

3. С целью закрытия ран области ахила, голеностопного сустава, проксимальных отделов стопы, мы используем ротационный кожно-фасциальный лоскут голени с кровоснабжением из артериального перфоранта малоберцовой артерии в 1/3 голени, суральный лоскут.

Описанные выше методы лоскутной пластики являются лишь основными направлениями и не охватывают всего, что применяется нами в зависимости от той или иной ситуации в каждом конкретном случае.

Цель. Обозначить проблемы, имеющиеся при лечении ран особых локализаций, проблемных зон и показать пути их хирургического решения.

Основой успешного использования многочисленных методов пластической хирургии является четкое представление о кровоснабжении тканей, что позволяет хирургу правильно выбрать способ замещения дефекта, состав лоскута и локализацию донорской зоны.

Показания к лоскутной пластике:

1. Раны различного генеза функционально значимых областей с обнажением глубоких структур (сухожилий, костей, суставов, крупных сосудов).

2. Невозможность выполнения местнопластических операций.

3. Угроза развития контрактуры, остеомиелита, гнойного артрита и пр.

4. Наличие дерматогенной контрактуры и невозможность ее устранения за счет местнопластических операций или их многоэтапность.

5. Наличие трофических язв различного генеза и невозможность их самостоятельного заживления.

Подготовка к операции и основные этапы ее выполнения:

1. При необходимости, выполняется доплеровское исследование сосудов в предполагаемой донорской зоне.

2. Производится разметка операционного поля.

3. Максимально полно удаляются некротические и патологически измененные ткани.

4. Выкраивается лоскут необходимого состава и размера.

5. Выделяются питающие лоскут сосуды на необходимом протяжении.

6. Перемещение комплекса тканей в проекцию раны, шов ран, дренирование.

7. Пластика донорской раны.

Преимущества:

1. В большинстве случаев одноэтапность операции.

2. Сокращение сроков лечения.

3. Хороший функциональный и косметический эффект.

4. В ряде случаев - единственная возможность добиться удовлетворительного результата в лечении ран, их осложнений и последствий.

Недостатки:

1. Наличие у пациентов заболеваний, ухудшающих магистральный и периферический кровотоки, ограничивает применение метода у данной группы лиц.

2. В ряде случаев необходимо использование средств оптического увеличения и доплеровского исследования сосудов.

3. Ограничено широкое применение, так как требует от хирурга опыта и навыков пластического хирурга.

Выводы.

1. Пластика комплексами тканей ран области крупных суставов, кистей, стоп позволяет избежать нарушения функции или минимизировать последствия травм, значительно улучшить качество жизни.

2. Выполнение подобных операций возможно в специализированных центрах, оснащенных соответствующим инструментарием, средствами оптического увеличения, с возможностями УЗИ сосудов.

Литература:

1. Обыденов, С. А. Основы реконструктивной пластической хирургии / С. А. Обыденов, И. В. Фраци. - СПб.: Изд-во "Человек", 2000.

2. Пластическая хирургия хронических и нейротрофических язв / Г. Д. Никитин [и др.]. - СПб.: Изд-во "Русская графика", 2001.

3. Белоусов, А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. - СПб.: Изд-во "Типограф", 1998.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРО-ВАСКУЛЯРНЫХ ЛОСКУТОВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛЕНИ

Бордаков В.Н., Вараницкий Г.Н., Романов О.А.,

Сухарев А.А., Хейлик С.М.,

Корзун А.Л., Абрамов Н.А., Сичинава Н.И.

432 Главный военный клинический медицинский центр

Вооруженных Сил Республики Беларусь,

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Восстановление дефектов мягких тканей нижней трети голени, области голеностопного сустава и стопы, является большой проблемой в реконструктивной хирургии. Концепция использования кожно-фасциальных лоскутов, кровоснабжаемых за счет артериальной сети кожных нервов, впервые была

предложена Masquelet в 1992 году. Одним из таких лоскутов является суральный лоскут на дистальной сосудистой ножке, включающей *n.suralis*, *v.saphena parva*. Кровоснабжение лоскута происходит за счет артериальной сети *n.suralis* от кожно-перегородочных перфорантов, которые идут от мало- и большеберцовой артерий в дистальной части голени. Кроме того, суральный нерв имеет внутреннюю артериальную систему, которая обильно анастомозирует в поверхностном сплетении, что обеспечивает надежное питание островкового лоскута на поверхностной суральной артерии с дистальным основанием. Доказанное аналогичное анатомическое строение питающей артериальной сети *n. saphenus* и *v. saphena* позволяет использовать этот сосудисто-нервный пучок в качестве сосудистой ножки для островковых лоскутов на дистальном основании.

Материал и методы. Мы располагаем опытом использования нейроваскулярных лоскутов на дистальной сосудистой ножке у 4 пациентов с дефектами мягких тканей голени. Средний возраст составил 39,5 лет, все пациенты были мужчины. Двое больных страдали хроническими посттравматическими язвами. Один имел переднюю поверхность голеностопного сустава, другой области ахиллова сухожилия. У одного пациента имелся ложный сустав правой большеберцовой кости в с/3, осложненный развитием хронического посттравматического остеомиелита большеберцовой кости, в стадии ремиссии, посттравматический дефект мягких тканей передней поверхности правой голени в с/3. Еще один пациент оперирован по поводу хронического посттравматического остеомиелита дистального эпиметафиза б/берцовой кости, свищевая форма. Трем пациентам с дефектом мягких тканей на передней поверхности голени выполнялась пластика "суральным" лоскутом. У пациента с хронической язвой области ахиллова сухожилия, учитывая вовлечение в патологический процесс малой подкожной вены, была выполнена пластика "сафенус" лоскутом. Всем пациентам, в качестве предоперационного обследования, проводилась УЗДГ, для оценки артериального кровообращения сегмента, и состояния венозного кровотока в предполагаемом сосудисто-нервном пучке ножки лоскута.

Особенностью забора данного вида нейроваскулярных лоскутов является выделении сосудисто-нервного пучка с окружающими тканями, без диссекции нерва и вены. Ширина ножки должна составлять не менее 3 см. Точка ротации ножки "сурального" лоскута находится на 5 см от верхушки наружной лодыжки, для "сафенус" лоскута 3 см от верхушки внутренней лодыжки. Во всех случаях лоскуты проводились в реципиентную область через подкожный туннель. Размеры лоскутов варьировали от 4×5 см до 8×10 см. Донорский дефект закрывали путем аутодермопластики расщепленным кожным лоскутом. Средняя продолжительность операции составила около 1,5 часа.

Результаты и обсуждение. Все лоскуты прижились и обеспечили хорошие функциональные результаты восстановленного кожного покрова голени. Ни в одном случае не было признаков венозной недостаточности лоскута. У одного пациента развился краевой некроз лоскута 1,5 - 7 см, не потребовавший дополнительного оперативного вмешательства. У больных с хроническим остеомие-

литом получена ремиссия, при сроке наблюдения до 2 лет.

Выводы.

1. Преимуществом метода пластики дефектов мягких тканей голени и стопы, нейроваскулярными лоскутами на дистальной сосудистой ножке, является относительная простота забора лоскута без потери магистрального артериального кровотока конечности, выполнение одноэтапного оперативного вмешательства без применения микрохирургического этапа операции.

2. Длина ножки лоскута и широкая дуга ротации позволяет закрывать дефекты в отдаленных областях сегмента: тыл и подошвенная поверхность стопы, область ахиллова сухожилия и пяточной области.

3. Особенность кровоснабжения поверхностных сосудисто-нервных пучков голени позволяет выделять кожно-фасциальные лоскуты довольно большого размера при относительно небольшой их толщине и незначительной деформации донорского места. Износостойкость этих лоскутов позволяет использовать их при закрытии дефектов на опорной поверхности сегмента.

К недостаткам данной методики можно отнести временное нарушение чувствительности в автономных зонах иннервации кожных нервов на тыльной поверхности стопы.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ГОЛЕНИ И СТОПЫ ВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМИ ЛОСКУТАМИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Жуковец А.Г., Овчинников Д.В., Дзержинский И.Э.
Государственное Учреждение Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н. Н. Александрова
г. Минск, Беларусь*

Введение. Возможности адекватного устранения обширных дефектов покровных тканей после удаления опухоли, локализующейся на передней поверхности средней, нижней трети голени и стопы с использованием местных тканей или комбинированной пластики весьма ограничены в связи с небольшим запасом мягких тканей в области устраняемого дефекта и их малой подвижностью [1, 2, 3]. Методом выбора для успешного устранения дефектов тканей данной локализации является аутотрансплантация васкуляризованных комплексов тканей с применением микрохирургической техники и использование лоскутов на питающей ножке.

Цель. Оценка эффективности различных методов пластики после удаления злокачественных опухолей дистальных отделов нижних конечностей.

Материал и методы. Устранение послеоперационных дефектов кожи и мягких тканей средней, нижней трети голени и стопы после удаления опухолей выполнено у 33 больных. Возраст пациентов варьировал от 26 до 72 лет и в среднем составил - 52 года.

У 26 больных (79%) имела место первичная меланома кожи пяточной области, у 3 (9%) пациентов плоскоклеточный рак кожи пятки, у 2 (6%) - синовиальная саркома

голени и в 2 (6%) случаях - посттравматическая язва голени. Средний размер дефекта кожи после удаления опухоли составил $54,4 \pm 5,8$ см². Устранение дефектов осуществлялось одновременно с удалением опухоли. Во всех случаях при удалении опухоли обнажались структуры (кость, сухожилия, нервы), нуждающиеся в закрытии васкуляризованными тканями. Васкуляризованные тканевые комплексы использовались в свободном и перемещенном вариантах: передняя зубчатая мышца в сочетании с расщепленным свободным кожным трансплантатом (СКТ) - 10, лопаточный лоскут - 7, торакодорзальный лоскут (ТДЛ) - 5; для пластики пятки островковыми лоскутами на питающей ножке использовались: медиальный лоскут стопы (МЛС) - 5, сафено-суральный лоскут - 6.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивались в госпитальный период, а также в сроки 1, 3, 6 и 12 месяцев с момента операции. У пациентов, которым была выполнена свободная аутотрансплантация, местные послеоперационные осложнения имели место в 6 (27%) случаях. У трех пациентов развился тотальный тромбоз сосудистой ножки, у одного - венозный, с исходом в некроз лоскута. В двух случаях имел место краевой некроз, после некрэтомии наложены вторичные швы - рана зажила вторичным натяжением. После некрэтомии в одном случае на зону дефекта был пересажен ТДЛ. Приживление лоскутов после устранения осложнений наблюдалось у 19 (86%) пациентов. У трех пациентов с тотальным некрозом лоскута после некрэтомии дефект кожи пяточной области устранен с помощью СКТ. Осложнений при перемещении васкуляризованных лоскутов на сосудистой ножке выявлено не было - приживление составило 100%. При контрольных осмотрах рецидива опухоли или трофических изменений лоскута не выявлено.

Вывод. Аутотрансплантация лоскутов с использованием микрохирургической техники и пластика васкуляризованными лоскутами на питающей сосудистой ножке взаимно дополняют друг друга при решении вопроса по устранению обширных кожно-мягкотканевых дефектов дистальных отделов нижних конечностей.

Решающими факторами выбора способа устранения дефекта покровных тканей пятки после удаления опухоли является максимально возможная простота и надежность для конкретного больного (учитывая прогноз основного заболевания, выраженность сопутствующих заболеваний, изменения со стороны сосудистого русла, возраст пациента), а также эффективное восстановление опороспособности конечности.

Литература:

1. Белоусов, А. Е. *Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия* / А. Е. Белоусов. - СПб.: Гиппократ, 1998. - С. 288.
2. *Реконструктивная и пластическая хирургия в клинической онкологии* / И. В. Залуцкий [и др.]. - Минск: "Зорны верасень", 2007. - 252 с.
3. *Distally Based Lateral Supramalleolar Adipofascial Flap for Reconstruction of the Dorsum of the Foot and Ankle* / Y. H. Lee [et al.] // *Plastic and Reconstructive Surgery*. - 2004. - Vol. 114, N 6. - P. 1478-1485.

ПОТРЕБНОСТЬ В ПЛАСТИЧЕСКОМ ЗАМЕЩЕНИИ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ ЛИЦА

Иванов С.А., Татчихин В.В.,
Василенко Д.В., Жданова Л.А.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
УЗ "Гомельский областной клинический онкологический диспансер",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Рак кожи занимает третье место в структуре онкологической заболеваемости населения Беларуси. За последние 10 лет заболеваемость этой патологией увеличилась в 1,5 раза [1]. До 90% новообразований локализируются на лице. Около половины новообразований развивается на месте существовавшего ранее предопухолевого процесса [2]. Основные методы лечения рака кожи - лучевой и хирургический, большинства предопухолевых заболеваний - хирургический. Даже при иссечении новообразований кожи лица 1-2 стадии может возникнуть необходимость в пластическом замещении пострезекционного дефекта [3].

Цель. Изучить потребность в пластическом замещении пострезекционных дефектов при хирургическом лечении опухолей и предопухолевых заболеваний кожи лица.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 298 пациентов с опухолями и предопухолевыми заболеваниями кожи лица различных локализаций, оперированных в ГОКОД в 2008-2009 гг. Средний возраст больных - $71,5 \pm 0,7$ года, из них 93 мужчины (31,2%) и 205 женщин (68,8%). Базальноклеточный рак гистологически установлен в 193 наблюдениях (64,8%), плоскоклеточный рак в 56 наблюдениях (18,8%), доброкачественные опухоли и предопухолевые процессы в 49 наблюдениях (16,4%). Выполнено сравнение размера раны и частоты применения пластического замещения дефектов при хирургическом лечении опухолей и предопухолевых заболеваний кожи лица различной локализации. Статистическая обработка данных

Таблица. Частота применения различных способов устранения дефектов в зависимости от локализации

Локализация дефекта	Пластическое замещение дефекта	Устранение дефекта путём простого сведения краёв
Область носа n=86	19 (22,1%)	67 (77,9%)
Щечная область n=79	11 (13,9%)	68 (86,1%)
Периорбитальная область n=49	6 (12,2%)	43 (87,8%)
Область лба n=41	4 (9,7%)	37 (90,3%)
Височная область n=28	1 (3,5%)	27 (96,5%)
Периоральная область n=15	2 (7,5)	13 (92,5%)

проводилась с помощью программы Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Локализация новообразований в нашем материале распределилась следующим образом: область носа - 86 пациентов (28,8%), щечная область - 79 (26,5%), периорбитальная область - 49 (16,4%), область лба - 41 (13,7%), височная область - 28 (9,4%), периоральная область - 15 (5,1%). Пострезекционные дефекты различной локализации имели следующие средние размеры: область носа - $1,87 \pm 0,07$ см, щечная область - $2,38 \pm 0,09$ см, периорбитальная область - $2,02 \pm 0,06$ см, область лба - $2,34 \pm 0,08$ см, височная область - $2,55 \pm 0,12$ см, периоральная область - $2,36 \pm 0,17$ см. Размеры дефектов кожи носа имеют достоверно меньшие размеры, чем размеры дефектов в других локализациях ($p < 0,05$).

Устранение изъянов осуществлялось путем простого сведения краев раны (250 операций, 83,9%), пластическое замещение дефекта (48 операций, 16,1%). Частота применения различных способов устранения дефектов в зависимости от локализации представлена в таблице.

Отмечается достоверно более частое применение пластического замещения дефектов при их локализации на коже носа.

Выводы

1. В нашем материале опухоли и предопухолевые заболевания кожи чаще всего локализовались в области носа.
2. Наибольшая потребность в пластическом замещении дефектов кожи отмечалась при их локализации в области носа, несмотря на достоверно меньший средний размер дефекта в указанной локализации.

Литература:

1. Фрадкин, С. З. Клиническая онкология / С. З. Фрадкин, И. В. Залуцкий. - Мн., 2003. - 784 с.
2. Дерматоонкология / под ред. Г. А. Галил-Оглы, В. А. Молочкова. - М.: Медицина для всех, 2005. - 872 с.
3. Lower Third Nasal Reconstruction: When Is Skin Grafting an Appropriate Option / P. D. McCluskey [et al.] // Plastic and Reconstructive surgery. - 2009. - Vol. 124, N 3. - P. 826 -835.

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВАСКУЛЯРИЗОВАННЫХ КОСТНЫХ ЛОСКУТОВ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Подгайский В.Н., Мечковский С.Ю., Ладутько Д.Ю.,
Батюков Д.В., Стасевич О.В., Подгайский А.В.,
Петрова Д.Ю., Мечковский С.С.
ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
Республиканский центр пластической и реконструктивной микрохирургии
УО "Минская областная клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема лечения осложнённых переломов с нарушением костной консолидации, костной

онкологической патологии, ложных суставов, остеомиелитов, врождённых и приобретённых костных дефектов остаётся актуальной. Многочисленные методики костной пластики, компрессионно-дистракционный остеосинтез требуют длительного времени лечения и не всегда дают удовлетворительный результат. В отличие от предыдущих методов, микрохирургическая аутотрансплантация васкуляризованных костных фрагментов позволяет устранить обширные костные дефекты за один этап и в короткие сроки, улучшить кровообращение и оптимизировать репаративные процессы в зоне возмещённого дефекта [1]. Васкуляризованные комплексы тканей с фрагментом кости более устойчивы к инфекции и повторным курсам лучевой терапии и позволяют в один этап заместить костный дефект, осложнённый дефектом мягких тканей в этой же зоне [2].

Цель. Определение возможности аутотрансплантации комплексов тканей с фрагментом кости при костных дефектах различной локализации.

Материал и методы. За период с 1986 по 2010 годы в Республиканском центре пластической и реконструктивной микрохирургии было оперировано 54 больных с обширными костными дефектами различных локализаций. Большинству из них уже были проведены попытки устранения костного дефекта путём применения различных видов костных пластик и дистракционного остеосинтеза по Г.А. Илизарову. С целью определения проходимости донорских и реципиентных сосудов, их качества и количества, больным проводилось ангиография интересующих сосудов с периферией. Мужчин было 46, женщин - 8. Возраст больных составил от 5 до 55 лет (в среднем 31,2 г.). 14 больных поступило с обширными костными дефектами предплечья и кисти, из которых 3 пациента имели врождённую патологию и 11 пациентов страдали приобретёнными дефектами, этиологией которых являлись обширные травмы конечностей. 28 пациентов поступили с дефектами костей голени, из которых 2 имели врождённые ложные суставы большеберцовых костей, у одного пациента имелась остеобластокластома большеберцовой кости и 25 пациентов страдали приобретёнными ложными суставами, остеомиелитом костей голени. 5 пациентов имели обширные посттравматические дефекты бедренных костей. 5 больных поступали к нам с дефектами плечевой кости и 1 пациент с костным дефектом нижней челюсти. Выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: 28 аутотрансплантаций участка малоберцовой кости с мониторингом лоскутом, 18 аутотрансплантаций гребня подвздошной кости, 3 аутотрансплантации участка малоберцовой кости одновременно с торакодорзальным лоскутом на одной сосудистой ножке, 2 аутотрансплантации гребня подвздошной кости с торакодорзальным лоскутом, 1 аутотрансплантация лучевого лоскута с участком лучевой кости. Анастомоз артерии лоскута с реципиентной артерией выполнялся "конец в бок", вены лоскута - "конец в конец". В 11 случаях дефект сосудов компенсировался за счёт использования аутовенозных вставок.

Результаты и обсуждение. Положительный результат был получен у 50 пациентов, у которых послеоперационный период проходил без особенностей и осложнений, раны зажили первичным натяжением, наблюдались ранние рентгенологические признаки первичной консо-

лидации костных отломков и трансплантата. Трём пациентам не удалось выполнить аутотрансплантацию из-за отсутствия донорских и реципиентных сосудов. Двум больным после проведённой аутотрансплантации производились неоднократные тромбэктомии, которые не увенчались успехом, и в конечном итоге произведена некрэктомия.

Выводы. Привнесение комплексов тканей с фрагментом кости с осевым типом кровоснабжения из других участков тела позволяет одновременно заместить костный дефект различной локализации с возможностью закрытия дефектов мягких тканей.

Литература:

1. *Микрохирургическая аутотрансплантация васкуляризованных комплексов тканей в лечении больных с дефектами мягких тканей и костей / М. А. Ходорковский [и др.] // Современные медицинские технологии: сборник науч. трудов, посвящ. 25-летию комплекса Воронеж. област. клин. больницы. - Воронеж: ВГМА им. Н. Н. Бурденко. - 2001. - С. 334-337.*

2. *Banic, A. Double vascularized fibulas for reconstruction of large tibia defects / A. Banic, R. Hertel // J. Reconstr. Microsurg. - 1993. - Vol. 9. - P. 421-428.*

ВОЗМОЖНОСТЬ РЕГЕНЕРАЦИИ ПОВРЕЖДЕННЫХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Подгайский В.Н., Мечковский С.Ю., Петрова Д.Ю., Зафранская М.М. ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Повреждения периферических нервов продолжают оставаться одной из наиболее сложных проблем в реконструктивной хирургии. Несмотря на использование микрохирургической техники, результаты таких операций не всегда приводят к восстановлению функции конечности. Недостатки метода аутонервной пластики стимулировали разработку других способов восстановления нервов, из которых достаточно перспективными считаются методы с использованием клеточных технологий [1].

Цель. Целью работы являлось установить возможность регенерации повреждённых периферических нервов при трансплантации мезенхимальных стволовых клеток (МСК) в эксперименте для разработки нового хирургического метода восстановления на основе комбинированного графта.

Материал и методы. В исследовании использовали 6 самцов белых беспородных крыс, массой 220-250 г. Модель повреждения периферического (седалищного) нерва была создана с общепринятой методикой. Выделение МСК из жировой ткани крыс проводилось на базе лаборатории "Стволовая клетка" ЦНИЛ Бел МАПО

по разработанному ранее протоколу [2]. Повторную операцию проводили через 3 недели от момента пересечения нерва. В ходе эксперимента было выделено 2 группы. В качестве графта использовали сосудистый протез GORE-TEX (W.L. Gore & Associates Inc., USA), который не подвергается распаду в условиях живого организма, сохраняя неизменность своих свойств независимо от времени, характеризуется высокоиммунологической толерантностью по сравнению с другими материалами. В контрольной группе (2 крысы) анастомоз формировали между протезом Gore-tex диаметром 2 мм и длиной 7 мм и концами нерва наложением швов нитью пролен 9/0 за эпинеурий и введением в просвет анастомоза раствора NaCl 0,9% - 0,1мл. Использовали операционный микроскоп и специальные микрохирургические инструменты, увеличение составляло до 8 крат. Во второй группе (4крысы) - в просвет анастомоза вводили взвесь преифференцированных МСК в количестве 1г106.

Результаты и обсуждение. Через 3 недели животных выводили из опыта. Для гистологического исследования иссекали зону анастомоза вместе с протезом. Гистологические срезы препарата окрашивали гематоксилином-эозином по Ван-Гизону, методу Бильшовского (в модификации Берлова), по Массону (в модификации Слипченко). В просвете протеза определялись поля активного роста грануляционной ткани с множеством капиллярных почек, капилляров, заполненных элементами крови. Основные структуры были представлены мезенхимальноподобным компонентом, который имел определенное сходство по строению и окраске с элементами нейрогенной природы контрольных срезов. Специфические окраски, направленные на выявление соединительнотканых и мышечных волокон были сомнительными. В то же время, выявленные при окраске гематоксилином-эозином гнёзда округлых клеток при импрегнации серебром окрашивались более интенсивно, что позволило предположить их нейрогенную природу [3].

Анализ полученных результатов, позволяет сделать предположение, что выявленные гистологически тканевые структуры в просвете протеза потенциально пластичны в отношении нейрональных структур. В зависимости от особенностей окружающих тканей МСК способны дифференцироваться преимущественно в сосудистый компонент с клетками крови, а также в элементы нервной ткани. При этом иммунологический ответ в зоне регенераторных изменений практически отсутствовал.

Выводы. Разработанный в данном случае и планируемый для применения в дальнейшем метод локальной стимуляции нейрогенного регенераторного роста путем трансплантации МСК в зону нарушения целостности нерва, приводит к значительной пролиферативной активности и, по нашему мнению, позволит улучшить регенерацию поврежденного нервного волокна.

Литература:

1. *Comparative neuro tissue engineering using different nerve guide implants / M. Sinis [et al.] // Acta Neurochir. - 2007. - Suppl. - P. 61-64.*

2. *Сравнительная характеристика мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани и костного мозга человека / Г. Я. Хулун [и др.] // Состояние и перспективы*

трансплантологии: материалы науч.-практ. конф. - Минск, 2008. - С. 156-161.

3. *Хэм, А. Гистология / А. Хэм, Д. Кормак. - М., 1983. - Т. 3. - С. 163-237.*

ПОКАЗАНИЯ К АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ НА КИСТЬ

Подгайский В.Н., Мечковский С.Ю., Стасевич О.В., Батюков Д.В., Подгайский А.В., Ладутько Д.Ю., Мечковский С.С., Петрова Д.Ю.

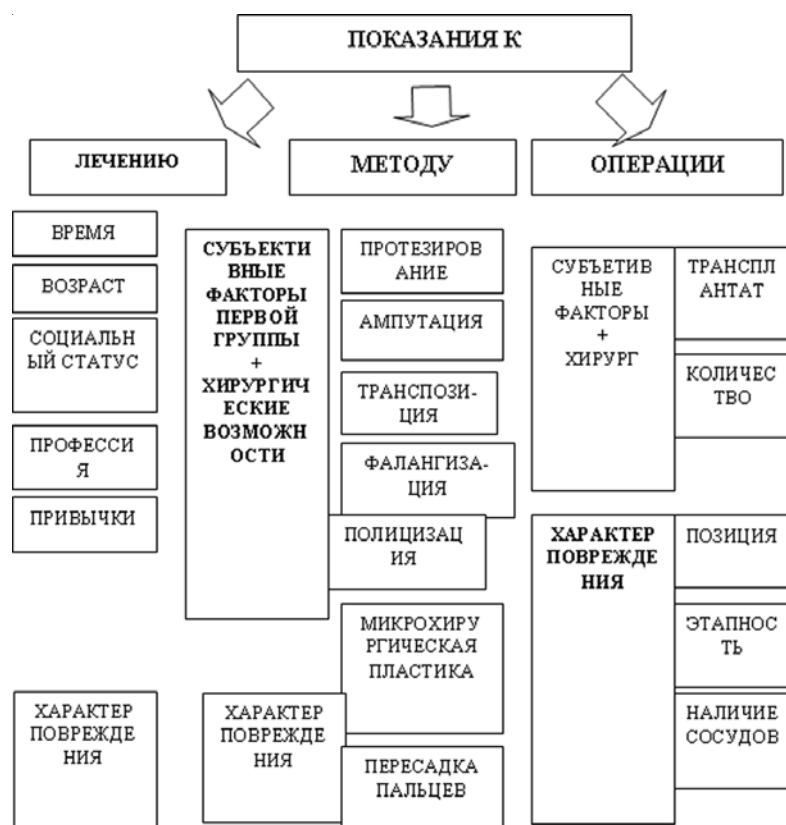
*ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
Республиканский центр пластической и
реконструктивной микрохирургии,
УЗ "Минская областная клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Возможности метода аутоотрансплантации пальца стопы на кисть высоки на фоне традиционных методик, которые в лучшем случае "переносят дефект" в другое место, тогда как микрохирургический метод ликвидирует его. Однако, во-первых, до настоящего времени продолжают существовать традиционные методики и, во-вторых, не каждый человек с анатомическими дефектами пальцев кисти согласен на операцию по ее реконструкции.

Цель. Выработать основные показания для реконструкции беспалой кисти.

Материал и методы. С 1986 по 2010 гг. в нашем центре проведено 136 операций по аутоотрансплантации пальцев стопы. Накопленный опыт указывает, что между физическим дефектом кисти и психологической реакцией на него практически невозможно провести корреляцию. Для того, чтобы человек с повреждением или дефектом кисти, превратился в пациента, необходима мотивация к лечению. Мотивация - личная цель лечения, определяется сроком после повреждения, возрастом, социальным положением или профессией, привычками, пристрастиями, предубеждениями и т.д. Явление, противоположное мотивации, но и неразрывно с ней связанное - это адаптация, которая формируется вышеперечисленными характеристиками личности. После получения травмы можно выделить три периода в проблеме "мотивация - адаптация". В первое время после травмы пострадавший не представляет себе жизни с повреждением и настаивает на восстановлении, максимально приближающем к норме: адаптация отсутствует, мотивация наибольшая. Через определенный промежуток времени снижается острота восприятия дефекта, изменяются привычки, появляются новые навыки. Развивается адаптация, мотивация снижается, трансформируется и конкретизируется. На третьем этапе человек может вообще не испытывать неудобств при наличии дефекта кисти, при этом адаптация становится полной, а мотивация к лечению отсутствует.

Результаты и обсуждение. Показания к коррекции беспалой кисти можно условно разделить на 3 стадии принятия решения. Это отображено на схеме. Первая



стадия практически целиком определяется субъективными факторами. На второй стадии - выбор метода лечения, к субъективным факторам добавляются такие условия, как возможности лечебного учреждения, а также подготовка хирурга. На этой стадии характер повреждения приобретает больший вес. И наконец выбор конкретной операции - последняя стадия.

Схема определения показаний к:

1. лечению;
2. методу лечения;
3. той или иной операции.

Вывод. Только полный анализ вышеперечисленных факторов как со стороны пациента, так и со стороны микрохирурга позволяет сделать правильный выбор метода лечения, а также определить вид операции, необходимый для восстановления функции беспальной кисти.

ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ

Подгайский В.Н., Мечковский С.Ю., Стасевич О.В., Батюков Д.В., Подгайский А.В., Ладутыко Д.Ю., Мечковский С.С., Петрова Д.Ю.
 ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
 Республиканский центр пластической и реконструктивной микрохирургии,
 УЗ "Минская областная клиническая больница",
 г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. При аутотрансплантации пальца стопы на кисть важное значение имеют анатомические

особенности кровоснабжения трансплантата.

Цель. Определить основные варианты кровоснабжения аутотрансплантатов пальцев стопы.

Материал и методы. С 1986 по 2010 гг. в нашем центре проведено 136 операций по аутотрансплантации пальцев стопы. По литературным источникам и нашим интраоперационным наблюдениям, можно выделить 7 типов кровоснабжения I - II пальцев стопы. При первом типе (28%) 1-ая тыльная прободающая артерия (ТПА) лежит на поверхности межплюсневых мышц. В этом случае выделение данного сосудистого пучка не представляет технических трудностей. При втором типе (25%) 1-ая ТПА отходит в мышечном слое и затем выходит на тыльную поверхность. В этой ситуации хирург может выделить артерию на всем протяжении. При третьем типе ветвления (20%) 1-ая ТПА начинается глубоко в межплюсневом промежутке и косо выходит на тыльную поверхность. Выделить сосуд, сохранив его связь с тыльной артерией стопы (ТАС), удастся лишь после рассечения связок головки I и II плюсневых костей. Четвертый тип ветвления сосудов встречается редко (7%) и объединяет первые два типа в связи с тем, что 1-ая ТПА представлена двумя артериями малого диаметра. Использование их в качестве основного сосудистого пучка при выделении трансплантата может быть технически трудно выполнимым. При пятом типе (11%) 1-ая ТПА отсутствует, а питание I - II пальцев стопы обеспечивается только из подошвенных источников. То же самое происходит и при шестом типе ветвления (6%), когда ТАС и 1-ая ТПА отсутствуют. Наконец, при седьмом типе (1%) плюсневые артерии отсутствуют, а пальцы кровоснабжаются через множество мелких сосудов.

Результаты и обсуждение. Таким образом, всего в 82% случаев 1-ая ТПА может быть использована для аутотрансплантации пальцев стопы. При этом в 54%

МЕТОДИКИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ФАЛЛОПЛАСТИКИ

Стасевич О.В.

УЗ "Минская областная клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема реконструкции наружных мужских гениталий актуальна, как при восстановлении полового члена утраченного вследствие травмы и ампутациях, выполненных при онкологической патологии у мужчин, так и при хирургической коррекции пола.

Цель. Создание неофаллоса удовлетворительного как с хирургической, так и с точки зрения качества жизни пациента после проведенного лечения.

Материал и методы. В микрохирургическом отделении Минской областной клинической больницы с 1992 года выполнено 32 фаллопластики. Распределение пациентов по генезу патологии: 4 пациента утратили половой член в результате механической или термической травмы, 2 перенесли ампутацию по поводу онкопатологии, 1 имел врожденное недоразвитие полового члена, 25 являлись ж/м транссексуалами. Для реконструкции фаллоса использовались следующие методики - фаллоуретропластика на основе прямой мышцы живота с укутыванием свободным лучевым лоскутом (2 случая); фаллопластика с использованием свободного мегакомплекса тканей предплечья, с включением костного фрагмента (3); фаллопластика свободным торакодорзальным лоскутом (24); фаллопластика паховым лоскутом (1); фаллоуретропластика свободным лучевым лоскутом (2); фаллоуретропластика двумя паховыми лоскутами (1). Проводилось исследование качества жизни пациентов после проведенного лечения по опроснику NAIF.

Результаты и обсуждение. Фаллоуретропластика на основе прямой мышцы живота. Суть методики в одномоментном формировании тела неофаллоса прямой мышцей живота и свободным лучевым лоскутом.

Фаллоуретропластика с использованием свободного мегакомплекса тканей предплечья, с включением костного фрагмента: используется комплекс тканей предплечья, с включением в свободный кожнофасциальный лоскут фрагмента лучевой кости и ветвей кожного латерального нерва предплечья [2]. Фаллопластика свободным торакодорзальным лоскутом (ТДЛ): используется свободный кожно-мышечный лоскут, основанный на широчайшей мышце спины [1].

Свободный кожно-фасциальный лучевой лоскут предплечья. Особенности его выкраивания позволяют за один этап выполнять фаллоуретропластику. Фаллоуретро-пластика двумя паховыми лоскутами. Для пластики используются перемещенные контрлатеральные паховые лоскуты на питающих сосудах [3]. Фаллопластика паховым лоскутом. Паховый лоскут с одной из сторон забирается образом, аналогичным в случае использования контрлатеральных комплексов тканей [3]. В 31 случае получен удовлетворительный функциональный и эстетический результат. В 1 случае потребовалась повторная фаллопластика, из-за некроза неофаллоса. Возможные осложнения: уретральные свищи, некроз краёв ран, некроз неофаллоса, тромбозы питающих сосудов, серомы донорских областей.

Выводы. На современном этапе развития пластической и реконструктивной хирургии методы микрохирургической фаллопластики позволяют добиться удовлетворительных функциональных и эстетических результатов.

Литература:

1. Адамян, Р. Т. Микрохирургическая коррекция пола при транссексуализме / Р. Т. Адамян, И. О. Миланов, А. С. Зелянин // *Анналы НЦХ РАМН*. - М., 1994. - Вып. 3. - С. 15-2.
2. *Microsurgical Forearm "Cricket Bat-Transformer" Phalloplasty* / D. A. Gilbert [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* - 1992. - Vol. 90, N 4. - P. 711-716.
3. Zielinski, T. *Phalloplasty using a lateral groin flap in female-to-male transsexuals* / T. Zielinski // *Acta Chir. Plast.* - 1999. - Vol. 41, N 1.

ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАСТИКИ РАН СВОБОДНЫМ РАСЩЕПЛЕННЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

Стручков Ю.В., Комарова Е.А.

ММА им. И.М. Сеченова,

г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Больные с обширными ранами, образовавшимися после хирургической обработки очагов инфекции, тяжелой осложненной травмы составляют значимую часть среди пациентов отделений гнойной хирургии. Хирургическое закрытие раны является важным этапом лечения, позволяющим добиться полного выздоровления пациента [1]. Среди многочисленных кожно-пластических операций большое значение приобретает метод пластики ран свободным расщепленным кожным лоскутом. Однако выполнение кожной пластики в условиях инфекции нередко приводит к неудовлетворительным результатам [1].

Цель. Оптимизация применения свободной кожной пластики расщепленным лоскутом в гнойной хирургии.

Материал и методы. Представлен опыт лечения 199 пациентов с хирургической инфекцией, у которых с целью закрытия послеоперационных ран применен метод пластики свободным расщепленным кожным лоскутом. Возраст больных варьировал от 16 до 83 лет. В качестве причины образования ран наиболее часто наблюдались гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей - 105 (52,8%) больных, трофические язвы - 36 (18,1%), травматические повреждения - 22 (11,1%), гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы - 14 (7%). Наиболее частой локализацией ран были нижние конечности - 161 (80,9%). Раны площадью до 100 см² были отмечены у 104 (52,3%) больных, 101-200 см² - у 31 (15,6%), более 200 см² - у 64 (32,1%) пациентов. Оперативное вмешательство выполнялось при переходе раневого процесса во вторую фазу, что оценивалось по данным клинического, микробиологического и цитологического исследования. Ближайшие результаты операции оценивали по степени приживления аутодермотрансплантатов в раннем послеоперационном периоде. Отдаленные

результаты лечения оценены у 137 пациентов в сроки от 1 года до 16 лет после операции. Анализ производился на основании клинического обследования, анкетирования и комплексной оценки микроциркуляции в зоне пластики с помощью лазерной доплеровской флоуметрии и локальной кожной термометрии. Проведено сравнение двух тактик лечения донорских ран: с применением 5% р-ра $KMnO_4$ и современных атравматических раневых покрытий.

Результаты и обсуждение. Прогностическими критериями готовности раны к пластическому закрытию являются клинические признаки II фазы раневого процесса, уровень микробной обсемененности раны не более 10^3 КОЕ/г ткани и регенераторные типы цитогрaмм раневого экссудата. Важными аспектами техники операции являются адекватный выбор толщины; перфорирование и надежная фиксация аутодермотрансплантата, а также соответствующая подготовка реципиентного ложа. У большинства пациентов достигнуты хорошие ближайшие результаты операции - 136 (68,3%), что соответствовало приживлению более 90% пересаженных лоскутов. В отдаленные же сроки преобладали удовлетворительные результаты лечения - 99 (72,3%) больных, причем во многом они зависели от этиологии, локализации раны и характера тканей, подлежащих закрытию. В ходе инструментальных исследований выяснилось, что у большей части - 29 (67,4%) пациентов имели место в той или иной степени выраженные расстройства микроциркуляции в зоне пластики. Лечение донорской раны с помощью современных атравматических раневых покрытий позволило уменьшить частоту нагноений в 2,8 раза и сократить сроки заживления ран на 2 суток, по сравнению с традиционным методом.

Выводы.

1. Отличаясь малой травматичностью и технической простотой, пластика свободным расщепленным кожным лоскутом позволяет одномоментно закрывать обширные раневые поверхности, добиваясь при этом стойкого заживления раны.

2. Факторами, определяющими ближайшие результаты операции, являются готовность раны к пластическому закрытию и неукоснительное соблюдение принципов оперативной техники и ведения послеоперационного периода.

3. Преобладание удовлетворительных отдаленных результатов лечения связано невозможностью восстановления полноценного кожного покрова. Факторами, определяющими отдаленные результаты операции, являются этиология, локализация раны и характер тканей, подлежащих закрытию.

4. Оптимальные результаты лечения донорской раны достигаются путем применения современных атравматических раневых покрытий на сетчатой основе.

Литература:

1. Избранный курс лекций по гнойной хирургии/Под редакцией В.Д.Федорова, А.М.Светухина.-М.:Миклош-2007.-364 с.

ПЛАСТИКА РАН СВОБОДНЫМ РАСЩЕПЛЕННЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ: ВЗГЛЯД С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

*Стручков Ю.В., Комарова Е.А.
ММА им. И.М. Сеченова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Неуклонный рост числа больных с обширными гнойными ранами определяет необходимость совершенствования методов лечения данной категории пациентов. [1, 2]. Хирургическое закрытие раневой поверхности является одним из ключевых моментов комплекса лечебных мероприятий. Широкое применение получил метод пластики ран свободным расщепленным кожным лоскутом, основными преимуществами которого являются возможность одномоментного закрытия обширных ран и техническая простота выполнения [1]. Однако при этом не происходит восстановления полноценного кожного покрова, что потенциально может приводить к неблагоприятным результатам лечения в отдаленные сроки [2].

Цель. Анализ отдаленных результатов пластики ран свободным расщепленным кожным лоскутом в гнойной хирургии.

Материал и методы. Проанализированы отдаленные результаты пластики ран свободным расщепленным кожным лоскутом у 137 пациентов в сроки от 1 года до 16 лет после операции. Возраст больных варьировал от 20 до 83 лет, причем большая часть была представлена лицами трудоспособного возраста - 93 (67,9%). В качестве причины образования ран наиболее часто имели место гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей - 69 (50,4%) больных, трофические язвы - 27 (19,7%), травматические повреждения - 12 (8,8%), гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы - 7 (5,1%). Раны площадью до 100 см^2 были отмечены у 68 (49,6%) больных, $101 - 200\text{ см}^2$ - у 21 (15,3%), более 200 см^2 - у 48 (35,1%) пациентов. Чаще всего раны располагались в области конечностей, преимущественно нижних - 111 (81%) больных; дефекты кожи в области туловища отмечались у 10 (7,3%), в области головы, шеи - у 3 (2,2%) больных. Оценку отдаленных результатов операции производили на основании сбора жалоб и катамнеза, осмотра, клинического обследования, а также комплексной оценки микроциркуляции в зоне пластики с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) и локальной кожной термометрии.

Результаты и обсуждение. Хорошим отдаленным результатом расценивался при достижении стойкого заживления раны и незначительных рубцовых изменениях в зоне пластики - 22 (16%) пациента. В основном это были пациенты, у которых кожная пластика выполнялась на достаточный мягкотканый массив. Как удовлетворительный отдаленный результат расценивали в случае стойкого заживления раны, но при наличии умеренно выраженных рубцовых изменений трансплантата, не приводящих при этом к серьезным функциональным нарушениям, а также при периодически возникающих небольших изъязвлениях в зоне пересаженного

лоскута - 99 (72,3%) пациентов. Неудовлетворительным результатом лечения - 16 (11,7%) больных - считался тогда, когда возникали стойкие и обширные изъязвления аутодермотрансплантата, выраженные функциональные нарушения - рубцовые контрактуры. Анализ отдаленных результатов аутодермопластики показал, что во многом они были связаны с локализацией раны, характером тканей в дне ее, а также с этиологией патологического процесса, приведшего к образованию раневого дефекта.

В ходе инструментальных исследований выяснилось, что у большей части - 29 (67,4%) пациентов имели место расстройства микроциркуляции в зоне пластики, характеризующиеся изменением значений параметра микроциркуляции, локальной кожной температуры, патологическим типом ЛДФ-граммы, особенно выраженные при грубых рубцовых изменениях аутодермотрансплантата и в случае пластического закрытия плохо кровоснабжаемых анатомических образований, что потенциально может приводить к возникновению трофических расстройств в виде изъязвлений в зоне пластики.

Выводы. Отличаясь малой травматичностью и технической простотой, пластика ран свободным расщепленным кожным лоскутом позволяет одновременно закрывать обширные раневые поверхности, добиваясь при этом стойкого заживления раны. Преобладание удовлетворительных отдаленных результатов лечения связано с невозможностью восстановления полноценного кожного покрова. Факторами, определяющими отдаленные результаты операции, являются локализация раны, характер тканей, подлежащих закрытию и этиология патологического процесса, приведшего к образованию раневого дефекта.

Литература:

1. Гостищев, В. К. *Инфекции в хирургии: руководство для врачей* / В. К. Гостищев. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 768 с.
2. Nurnberger, H.-R. *Klinikleitfaden. Chirurgie* / H.-R. Nurnberger, F.-M. Hasse, A. Pommer // URBAN FISCHER.-Munchen, 2006. - 935 с.

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ И ПЕРВИЧНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шелепень К.Г., Лукьяновский Р.В., Теслюк Н.В., Марушко А.В., Кравчук И.Ф.
УЗ "Брестский областной онкологический диспансер", г. Брест, Республиканский Беларусь

Актуальность. Рак молочной железы занимает ведущее место в структуре онкологических заболеваний женщин. Основным этапом лечения рака молочной железы является хирургический. В подавляющем большинстве случаев операция состоит в удалении пораженной молочной железы, что особенно в молодом возрасте, представляет не только физический недостаток, но и является тяжёлой физической травмой.

Цель. Показать, что одномоментное восстановление

молочной железы после радикальной операции существенно дополняет комплексную реабилитацию пациентов.

Материал и методы. В период с 05.2008 по 05.2010 гг. во 2-м онкохирургическом отделении УЗ "БООД" прооперировано 39 пациенток с 0-III стадией рака молочной железы: 0 ст.- 1; 1 ст.- 7; 2А ст.- 8; 2В ст.- 9; 3А ст.- 9; 3В ст.- 1; 3С ст.- 4 пациентки. Согласно стадиям опухолевого процесса по системе TNM: TisNoMo- 1; T1NoMo- 7; T2NoMo- 8; T2N1Mo- 9; T1N2Mo- 1; T2T2Mo- 5; T3N1Mo- 1; T3N2Mo- 2; T4N1Mo- 1; T1N3Mo- 1; T2N3Mo- 3 пациентки. У 5 пациенток отмечался мультицентрический рост опухоли. Средний возраст пациенток составил 44,7 года (от 30 до 58 лет). 16 пациенток получили 3-4 курса неoadъювантной полихимиотерапии.

Радикальная резекция молочной железы с аксиллярной лимфодиссекцией I-III уровней с первичной маммопластикой торакодорсальным лоскутом на сосудистой ножке была выполнена у 28-ми пациенток. 3-м пациенткам была выполнена подкожная мастэктомия с сохранением сосковоареолярного комплекса, с первичной маммопластикой торакодорсальным лоскутом. В 6-ти случаях была выполнена радикальная мастэктомия по Madden с первичной маммопластикой поперечным ректоабдоминальным кожномышечным лоскутом. Одной пациентке была выполнена подкожная мастэктомия с одномоментным эндопротезированием и в одном случае произведена подкожная мастэктомия с удалением сосковоареолярного комплекса и подмышечной лимфодиссекцией I-III уровней с первичной маммопластикой торакодорсальным лоскутом и одномоментным эндопротезированием.

Морфологически у одной пациентки верифицирован протоковый с-г in situ (2,6%), у 36 пациенток инвазивный протоковый рак (92,3%) и в двух случаях инвазивный дольковый рак (5,1%).

Результаты и обсуждение. Во всех случаях был достигнут хороший и удовлетворительный косметический результат - полное сохранение размеров и формы молочной железы. Из послеоперационных осложнений наблюдались: в одном случае кровотечение в раннем послеоперационном периоде, 2-х случаях наблюдалась длительная лимфорея до 2-х месяцев, в 1-м случае после пластики поперечным ректоабдоминальным кожномышечным лоскутом наблюдался краевой некроз медиального края, отторжение импланта в одном случае и два случая вентральной грыжи после абдоминопластики.

Выводы. Реконструктивные операции, выполняемые у больных РМЖ, являются важным этапом реабилитации. Выполнение хирургами-онкологами реконструктивных операций позволяет в значительной степени увеличить долю больных, для которых потеря молочной железы не будет сопровождаться тяжёлым эмоциональным стрессом.

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

АМУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ ГРЫЖ ЖИВОТА

Бордаков В.Н., Чайка Ю.А.,
Синянский В.С., Стриго А.В.
ГУ "432 ордена Красной Звезды главный военный
клинический медицинский центр Вооруженных Сил
Республики Беларусь",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Хирургическое лечение грыж в амбулаторных условиях в развитых странах осуществляется у 18 - 36% больных от общего числа пациентов с данной патологией. Опыт лечения больных с грыжами в амбулаторных условиях свидетельствует о перспективности не только самого направления в системе хирургической службы, но и выделения его в самостоятельную ветвь общей хирургии[1].

Цель. Оценка эффективности хирургического лечения грыж в амбулаторных условиях.

Материал и методы. В период с 2004 г. по 2010 г. в амбулаторном центре проведено 68 оперативных вмешательств по поводу грыж различной локализации. Возраст пациентов колебался от 18 до 78 лет. Средний возраст больных $43,8 \pm 18,9$ года. При проведении обезболивания предпочтение отдавалось внутривенной анестезии с сохранением спонтанного дыхания.

Тактика хирургического лечения грыж основывалась на опыте лечения больных с грыжами, оперированных в условиях стационара 432 ГВКМЦ.

Противопоказаниями к оперативному лечению амбулаторно являлись:

- страх пациента и нежелание оперироваться в амбулаторных условиях;
- неудовлетворительное общее состояние с декомпенсацией функции органа или системы не поддающееся коррекции амбулаторно;
- неспособность к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, отсутствие родственников;

Критерием для выбора метода герниопластики при грыжах малого и среднего размеров являлось топографо-анатомическое состояние стенок пахового канала. Хирургическое лечение грыж, основывалось на дифференцированном подходе к применению как наиболее надежных традиционных методик пластики задней стенки пахового канала, так и различных аллопластических из традиционных доступов.

Результаты и обсуждение. Из 68 пациентов пупочных грыж было 21, грыж белой линии живота - 5 и паховых грыж - 42. Левосторонних паховых грыж - 19, правосторонних - 23, из них скользящих 6, рецидивных - 3. Из 26 больных с пупочными грыжами и грыжами белой линии живота грыжепластик по Мейо выполнено 22, по Лексеру - 3, Сапезко - 1. При оперативных вмешательствах по поводу паховых грыж предпочтение отдавалось пластике задней стенки пахового канала, выполнено грыжепластик по Бассини - 34, Постемскому - 2, Лихтенштейну - 6.

Выполнено внутривенных анестезий - 57, спинальных

- 8, местных - 3.

Пациенты до выхода из посленаркозной депрессии наблюдались в дневном стационаре в течение 3-4 часов, до полного восстановления активности. В тот же день, в сопровождении родственников они убывали в "стационар на дому". Ни у кого из больных не наблюдалось выраженного болевого синдрома как в покое так и при самостоятельном передвижении. Обезболивание на дому проводилось таблетированными НПВС. На следующий день после операции больные самостоятельно прибывали в амбулаторный центр на первую перевязку.

Рецидивов грыж не отмечено. Больных в стационар не переводили.

Осложнений анестезиологического пособия не было. У 2 (3%) больных на 5-7 сутки произошло нагноение подкожной клетчатки в области послеоперационной раны. Лечение их проводилось амбулаторно. Качество жизни больных как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном, периоде по сравнению с пациентами, оперированными в стационарных условиях, существенно отличалось в лучшую сторону. Привычная домашняя обстановка и уход родственников в значительной степени облегчали его течение.

Выводы.

Успех хирургического лечения грыж определяется не только совершенством применяемых технологий, но в большой мере, отработанностью тактических подходов к их применению.

Дифференцированный подход к каждому пациенту позволяет выбрать индивидуальную тактику оперативного лечения, что обеспечивает рациональное использование каждой методики герниопластики (как традиционными методиками, так и с применением сетчатых трансплантатов) в лечении больных в амбулаторных условиях.

Литература:

1. *Амбулаторная герниология: опыт и перспективы / В. В. Воробьев [и др.] // Актуальные вопросы герниологии: материалы, Москва, 9-10 окт. 2002 г. - М., 2002. - С. 9-10.*

АМБУЛАТОРНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Галимов О.В., Туйсин С.Р., Шкундин А.В.,
Габдулсабирова З.Р.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский
университет Росздрава",
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Острота проблемы инфекций с годами не только не снижается, но и, напротив, приобретает все большую актуальность в связи с изменением биологических свойств возбудителей и приобретением ими полиантибиотикорезистентности.

Цель. Улучшить результаты амбулаторного хирургического лечения больных с гнойными заболеваниями

мягких тканей.

Материал и методы. В основную группу вошли 181 человек и контрольную группу составили 139 больных гнойно-воспалительными заболеваниями.

В основной группе фурункулы встречались у 59 (32,60%) пациентов, кожный панариций - 41 (22,65%), ногтевой панариций - 32 (17,68%), гидраденит - 26 (14,36%) и длительно незаживающие раны - 23 (12,71%). В контрольной группе: фурункулы встречались у 37 (26,62%) пациентов, кожный панариций - 31 (22,30%), ногтевой панариций - 29 (20,86%), гидраденит - 23 (16,55%) и длительно незаживающие раны у 19 (13,67%).

Результаты и обсуждение. Изучение результатов лечения больных основной и контрольной группы показывает, что применение иммуномодуляторов, атравматических повязок ускоряет процесс очищения ран от гноя с $4,3 \pm 0,5$ до $3,2 \pm 0,4$ суток, позволяет сократить сроки купирования воспалительного процесса с $8,8 \pm 1,3$ до $6,4 \pm 0,7$ суток, уменьшить время эпителизации с $10,1 \pm 0,8$ до $8,4 \pm 0,6$ суток ($p < 0,05$).

23 больных основной и 19 больных контрольной группы были с длительно незаживающими ранами. В основной группе у 11 пациентов площадь раневого дефекта была до 30 см^2 и у 12 дефекты от 30 до 50 см^2 . В контрольной группе было 8 пациентов с площадью раневого дефекта до 30 см^2 и 11 дефектом от 30 до 50 см^2 .

При лечении больных основной группы с площадью длительно незаживающей раны до 30 см^2 применялся "Иммуномодулирующий бактерицидный перфоративный атравматический лейкопластырь". У пациентов контрольной группы проводилось традиционное лечение.

Сроки заживления ран в основной группе составили $16,4 \pm 1,7$ дня, в то время как в контрольной $20,7 \pm 2,1$ дня ($P < 0,05$).

У всех больных основной и контрольной группы с площадью дефекта $31-50 \text{ см}^2$ выполнена аутодермопластика расщепленным, перфорированным кожным лоскутом. В основной группе перевязки осуществлялись атравматической повязкой "Активтекс". В контрольной группе степень приживления аутотрансплантата составила 54,5%, в то время как в основной - 66,7%.

Выводы. Применение активной хирургической тактики, перевязочных материалов "Активтекс" и иммуномодулятора "Ликопид" при лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, позволило сократить сроки купирования воспалительного процесса с $8,8 \pm 1,3$ дней до $6,4 \pm 0,7$ дней, ускорить эпителизацию с $10,1 \pm 0,8$ до $8,4 \pm 0,6$ дней.

Комплексное лечение больных данной категории должно включать в себя хирургическое вскрытие гнояников, использование иммуномодуляторов, применение перевязочных материалов с гелевым покрытием "Активтекс", рациональную антибиотико-терапию, физиотерапевтические процедуры.

Литература:

1. Ерюхин, И. А. Хирургические инфекции: новый уровень познания и новые проблемы / И. А. Ерюхин // *Инфекции в хирургии*. - 2003. - № 1. - С. 6-7.

2. Шляпников, С. А. Хирургические инфекции мягких тканей - старая проблема в новом свете / С. А. Шляпников // *Инфекции в хирургии*. - 2003. - № 1. - С. 14-21.

ОРГАНИЗАЦИЯ И РАБОТА ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Совцов С.А.

УГМАДО,

г. Челябинск, Российская Федерация

Актуальность. Сложившаяся в последние годы ситуация в поликлиниках и стационарах хирургического профиля не нашла своего оптимального организационного решения. Так, амбулаторно-поликлиническая хирургическая помощь населению осталась на прежнем уровне середины 20 века: число операций в поликлинике не превышает 3 000 на 100 000 населения, а в последние годы этот показатель стал еще существенно ниже. Число плановых вмешательств крайне мало и, они никаким образом не разгружают стационар. Дневные стационары, несомненно, являются прогрессивной формой организации медицинской помощи, позволяющей при сравнительно небольших экономических затратах, разгружать высокочасовые круглосуточные стационары. Однако попытки интенсификации деятельности дневных стационаров имеют существенные ограничения на объемы и виды помощи, связанные с необходимостью "выписки" пациента в конце рабочего дня. Модернизация стационаров круглосуточного пребывания, особенно крупных, нерентабельна в связи с наличием уже функционирующих подразделений, рассчитанных на полный объем медицинской помощи (приемный покой, вещевой склад, патологоанатомическое и реанимационное и другие отделения). В стационарах остаются на низком уровне оборот-койки, высокий средний койко-день, не снижается число послеоперационных осложнений и летальность.

Цель. Выделение нового "промежуточного уровня", объединяющего максимум преимуществ уже существующих форм организации при минимуме их недостатков, можно назвать хирургический стационар краткосрочного пребывания больных (ХСКПБ).

Материал и методы. Приказом Министра здравоохранения Челябинской области от 20 декабря 2006 г. №478 были организованы и начали свою работу ХСКПБ в ряде ЛПУ г. Челябинска и области. Основными организационными моментами явились: на амбулаторном этапе: у плановых больных проводили полный объем обследования (предоперационных анализов и консультаций смежных специалистов), пациент осматривается врачом - хирургом ХСКПБ, анестезиологом и заведующим ХСКПБ (при поступлении больного в стационар) Только после этого пациенту давали направление на госпитализацию. При неотложных состояниях пути доставки больных в ХСКПБ складывались поступлением пациентов по линии скорой и неотложной помощи, по направлению врачами поликлиник, а так же самостоятельным обращением больных в профильные отделения больницы.

Результаты и обсуждение. Основными показаниями к госпитализации в ХСКПБ по экстренным и неотложным показаниям является патология, требующая

нахождения в ХСКПБ в сроки 2-5 дней :

- острый аппендицит (без признаков перитонита);
- ущемленные грыжи(без признаков ущемления кишки и явлений острой кишечной непроходимости);
- острый холецистит (без признаков перитонита);
- прободная язва желудка и 12-перстной кишки(без признаков перитонита и отсутствия необходимости выполнения резекции желудка);
- тупая травма живота и проникающие ранения в брюшную полость(без признаков массивной кровопотери и перитонита);
- желудочно-кишечные кровотечения(острые поверхностные язвы и эрозии желудка и 12-перстной кишки, синдром Мэллори-Вейсса и т. п.);
- подозрения на острые заболевания органов брюшной полости.

Все остальные больные госпитализировались в общехирургический стационар

Работу ХСКПБ планировали таким образом, чтобы плановые операции с длительным (до 5 дней) пребыванием пациента на койке проводили в начале рабочей недели, и пациентов к концу недели выписывали домой. В конце недели выполняли операции, требующие нахождения больного в стационаре на протяжении одного дня.

Основными видами оперативных вмешательств были: холецистэктомия из минилапаротомного доступа, лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопическая аппендэктомия, ушивание прободной язвы желудка и 12-перстной кишки, лапароскопическая ваготомия, лапароскопическая фундопликация, лапароскопическая герниопластика паховых и бедренных грыж, лапароскопическое удаление кист печени, селезенки и других органов, диагностические лапароскопии с биопсией. В среднем на 10-20 койках ХСКПБ в год выполняли 600-650 операций.

Выводы. Открытие отделений и коек ХСКПБ в этих ЛПУ позволило сократить до 15-20% круглосуточных хирургических коек, увеличить оборот койки до 45-75(экстренные/плановые), конверсия доступа была в 5-8%, гнойно-септические осложнения составили 1-4,5%, послеоперационная летальность от 0 до 1,5%. Экономические затраты были сокращены от 1 000 000 российских рублей и более в год.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРНЫХ КОЙКАХ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

*Шахрай С.В., Демидчик Ю.Е., Гаин Ю.М., Кравченко В.М.
ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", УЗ "11-я клиническая больница"
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Поиск оптимальных путей использования материальных ресурсов в здравоохранении

является актуальной задачей в общей структуре реформирования отрасли. Анализ состояния медицинской службы у нас в стране показывает, что хирургические заболевания, которые могут быть излечены оперативным путём непосредственно в поликлинике, составляют около 22% от общего объема вмешательств, при этом до 67% дорогостоящих плановых стационарных коек занимают больные, которым помощь может быть оказана в амбулаторных условиях или стационарных койках с краткосрочным пребыванием. Следуя опыту зарубежных клиник, до 85% плановых хирургических операций можно выполнить на койках краткосрочного пребывания, включая холецистэктомию, грыжесечение, флебэктомию или другие патогенетические операции при варикозном расширении вен нижних конечностей, целый ряд гинекологических, ортопедических вмешательств и др. [1, 2]. В настоящее время назрела необходимость в многоплановой и разносторонней оценке опыта работы амбулаторно ориентированных хирургических стационаров и научного обоснования объема и особенностей операций, выполняемых в таких условиях.

Цель. Оценка существующей потребности здравоохранения в разработке и внедрении принципов организации лечебной структуры в виде стационара с краткосрочным пребыванием пациентов для оказания общехирургической помощи.

Материал и методы. При планировании объема оказания помощи на койках стационарного отделения с краткосрочным пребыванием пациентов нами проведен анализ потребности отдельных поликлиник Октябрьского и Московского районов г. Минска в подобном специализированном лечении по отдельным видам хирургической патологии за период 2007-2008 годов. Проанализированы заболеваемость и результаты лечения больных с варикозным расширением вен нижних конечностей и аноректальной доброкачественной патологией.

Результаты и обсуждение. Анализ первичной обращаемости показал, что потенциал в потребности оперативного лечения больных с варикозной болезнью составляет 347 случаев на 100 000 обслуживаемого населения с учетом оперированных больных в плановом порядке и пациентов, лечившихся консервативно от осложнений варикозной болезни (варикотромбофлебит, трофические язвы), которые должны быть потенциально прооперированы. При этом прооперированных случаев было 71 на 100 000 населения. Средняя обращаемость пациентов с доброкачественной аноректальной патологией составляет 279 посещений на 100 000 населения. Показания к малоинвазивному хирургическому лечению имело место в среднем в 212 случаях, а реально прооперировано 18 случаев на 100 000 населения.

С учетом анализа потребности населения в оказании плановой хирургической помощи на базе 11 ГКБ г. Минска в январе 2008 года созданы 15 коек хирургического стационара краткосрочного пребывания. С 2009 года отделению придан статус городского центра - "Городской центр амбулаторной и малоинвазивной хирургии". Центр обслуживает 9 поликлиник г. Минска. В центре оказывается плановая помощь по широкому спектру общехирургических нозологий: заболевания вен

нижних конечностей, грыжи живота различной локализации, заболевания желчного пузыря, проктологическая патология, доброкачественные новообразования мягких тканей и др. За два года работы в центре выполнено 1938 операций со средним койко-днем 2,2. Анализ приведенной работы в городском центре амбулаторной и малоинвазивной хирургии показывает, что, согласно характеру потребности и возможности оказания реальной помощи, необходимость в обеспечении койками краткосрочного пребывания в городе Минске на сегодня составляет примерно 7 коек на 100 000 населения с обеспеченностью 1 штатной единицей хирурга 320 операций в год.

Выводы.

1. Потребность населения в городе Минске по отдельным взятым нозологиям (варикозная болезнь и доброкачественная аноректальная патология) десятикратно превышает объем реально оказываемой хирургической помощи, при этом причинный анализ полученных данных требует дальнейшей интерпретации.

2. Почти 82% общехирургической плановой патологии можно оперировать в стационарах на койках краткосрочного пребывания.

3. Потребность населения крупного города в койках краткосрочного пребывания составляет примерно 7 коек на 100 000 населения.

Литература:

1. Воробьев, В. В. Стационарозамещающая медицинская помощь в хирургии / В. В. Воробьев // *Амбулатор. хирургия. Стационарозамещающие технологии.* - 2009. - № 3-4. - С. 6-8.

2. Мосиенко, Н. И. Медицинская и экономическая эффективность работы центра амбулаторной хирургии / Н. И. Мосиенко, А. А. Кутин, Р. Х. Магомадов // *Рос. мед. журн.* - 2001. - № 5. - С. 9-11.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ И МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

*Шахрай С.В., Демидчик Ю.Е., Гаин Ю.М., Кравченко В.М.
ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", УЗ "11-я клиническая больница"
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Одним из современных организационных направлений здравоохранения, стимулирующих развитие малоинвазивных технологий, является система "однодневной хирургии". С накоплением мирового становится очевидно, что главная выгода от "хирургии одного дня" - экономия финансовых ресурсов, обеспечиваемая кратковременностью пребывания больного на стационарной койке.

Цель. Оценка результатов лечения пациентов в условиях стационарного хирургического отделения с краткосрочным пребыванием.

Материал и методы. Проведен структурный анализ двухлетней работы Минского городского центра амбулаторной и малоинвазивной хирургии, включая оценку объема хирургических вмешательств и организационно-методических принципов оказания плановой хирургической помощи.

Результаты и обсуждение. С учетом анализа потребности населения в оказании плановой хирургической помощи на базе 11 ГКБ г. Минска в январе 2008 года созданы 15 коек так называемой "хирургии одного дня". С 2009 года отделению придан статус городского центра - "Городской центр амбулаторной и малоинвазивной хирургии". В концепцию создания центра закладывались следующие принципы: функционирования коечного фонда на базе стационара; территориальная и транспортная доступность населения; многопрофильность оказания хирургической помощи. Реализация выдвинутой концепции являлась приоритетной задачей и заключалась в организации следующих структур: консультативно-диагностический кабинетов; лечебного блока, состоящего из операционных на 2 стола, перевязочного и процедурного кабинетов; многопрофильного хирургического стационара на 15 коек; анестезиологической и реанимационной службы (1 должность врача); хирургической службы (3 должности врача); хирургической патронажной службы (0,75 должности врача).

Центр обслуживает 9 поликлиник г. Минска (около 320 тыс. населения), которые располагаются по одному транспортному направлению. В центре оказывается плановая помощь пациентам с общехирургическими заболеваниями (табл.).

Осложнений инфекционного характера за анализируемый период у пациентов не было за весь период нетрудоспособности. Сокращение сроков лечения в стационаре обеспечивалось отсутствием предоперационного койко-дня и применением малоинвазивных хирургических технологий, а также оптимизацией выбора оперативных методик по индивидуальной схеме. При первичной консультации совместно с хирургом и анестезиологом определялся объем операции, вид анестезиологического пособия и предоперационной подготовки, которую пациент осуществлял дома, согласно выданной на консультации инструкции. Результаты анонимного анкетирования по оценке качества жизни пациентами после пребывания в центре показали, что 98,8% больных оценивают положительно результаты своего лечения в условиях краткосрочного пребывания в стационаре.

Выводы.

1. Минский городской центр амбулаторной и малоинвазивной хирургии является эффективной организационно-лечебной моделью оказания плановой хирургической помощи населению в условиях крупного города.

2. Анализ результатов двухлетней работы центра позволяет дать качественную оценку действующей организационно-лечебной модели как эффективной структуры в составе системы здравоохранения, позволяющей минимизировать пребывания больных в стационаре.

Литература:

1. Раннев, И. Б. Анализ работы амбулаторных

Таблица 1. Перечень оперативных вмешательств, выполненных в Минском городском центре амбулаторной и малоинвазивной хирургии за 2008-2009 гг.

Оперативные вмешательства	2008 г.	2009 г.	Всего.
Доброкачественные новообразования мягких тканей	229	567	796
Варикозное расширение вен	94	101	195
Проктологические заболевания	38	46	84
Грыжи живота	222	232	454
Удаление вросшего ногтя	35	12	47
Эндоскопическая полипэктомия	11	6	17
Лапароскопическая фундопликация	1	3	4
Лапароскопическая холецистэктомия	146	167	313
Лапароскопическая герниопластика	-	19	19
Прочие	-	9	9
Всего	776	1162	1938
Средний койко/день			2,2

хирургических отделений и перспектива их развития / И. Б. Раннев // *Здравоохранение*. - 2005. - № 11. - С. 36-40.

2. Воробьев, В. В. *Стационарзамещающая медицинская помощь в хирургии* / В. В. Воробьев // *Амбулатор. хирургия. Стационарзамещающие технологии*. - 2009. - № 3-4. - С. 6-8.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Шахрай С.В., Демидчик Ю.Е., Гаин Ю.М.
 ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", УЗ "11-я клиническая больница"
 г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Хроническая анальная трещина встречается у 1-2 % взрослого населения развитых стран и в структуре проктологических заболеваний составляет 11-16%. Трансформация острой трещины в хроническую развивается, как правило, на фоне гипертонуса внутреннего анального сфинктера и ишемизации тканей в зоне поражения. Снижению анодермальной перфузии способствует нарушение функционирования эндотелия, что приводит к уменьшению синтеза оксида азота, участвующего в регуляции локального кровотока, повышению прокоагулянтной и вазопрессорной активности эндотелия, активизируется синтез провоспалительных цитокинов в тканях, что в свою очередь, повышает тонус сфинктера и вызывает локальную ишемию в зоне анальной комиссуры в условиях исходного дефицита кровоснабжения [1, 2]. Согласно устоявшемуся мнению, излечение хронической анальной трещины, с учетом стойкого сфинктероспазма, возможно только оперативным путем - иссечение трещины с выполнением дозированной сфинктеротомии. Вместе с тем имеется и другая тенденция в амбулаторной терапии хронической анальной трещины, делающая упор на возможность консервативного лечения данной патологии, не прибегая к хирургическому вмешательству.

Цель. Оценка результатов лечения хронической анальной трещины не хирургическими методиками.

Материал и методы. Нами проведена оценка эффективности лечения больных с хронической анальной трещиной в трех группах сравниваемых больных. Первую, контрольную группу (27 человек), составили пациенты, которым на первичном приеме в поликлинике назначена консервативная терапия в виде внутрианального введения мазей и свечей, в частности наиболее широко применяемая хирургами схема - мазь "Ультрапрокт" + свечи с метилурацилом дважды в день. Во вторую группу (18 человек) вошли пациенты которым было произведено инъекционное введение в область внутреннего анального сфинктера ботулотоксина в виде препарата "Диспорт" по 60 ЕД с каждой полуокружности + введение свечей с метилурацилом и облепихой. Третью группу (21 человек) составили пациенты которым применяли следующую схему лечения хронической анальной трещины: [введение в область внутреннего анального сфинктера ботулотоксина в виде препарата "Диспорт" по 20 ЕД с каждой полуокружности] + [аэрозольное введение в анальный канал препарата "Изокет" 2 раза в день] + [выполнение ретроанальной блокады препаратом "Эрбисол" 1 раз в 7 дней]. Назначение "Изокета" и "Эрбисола" продиктовано необходимостью воздействия на патогенетические механизмы развития сфинктероспазма, а именно активации работы NO-синтазы и регулирования активности провоспалительных цитокинов. Результаты лечения оценивались еженедельно путем проведения аноскопии по эффекту эпителизации раневого дефекта и исчезновении клинических проявлений.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов лечения больных показал, что в контрольной группе эпителизация трещины в течение 2-х месячного наблюдения не наступила ни в одном из случаев. Во второй группе пациентов заживление хронической анальной трещины наблюдалось у 15 человек (83,3%), при этом средние сроки выздоровления составили $64 \pm 7,21$ дня. В третьей группе исчезновение клинических признаков хронической анальной трещины и ее эпителизация наступила у 18 пациентов (85,7%), средние сроки выздоровления составили $47 \pm 6,53$ дня. При этом наблюдение в течение полугода за пациентами не выявило рецидива заболевания. Нарушения функции анального сфинктера у пациентов не отмечено.

Выводы:

1. Применение консервативных методов воздействия на основные патогенетические механизмы развития хронической анальной трещины позволяет минимизировать

показания к оперативному лечению.

2. Изолированное использование "Диспорта" обуславливает достаточный эффект расслабления внутреннего сфинктера, что подтверждается эффектом заживления хронической анальной трещины у большинства пациентов, однако при комбинированном применении "Диспорта", "Изокета" и "Эрбисола" отмечена возможность снижения дозы ботулотоксина минимум в 3 раза при сохранении лечебного эффекта.

Литература:

1. Крылов, Н. Н. Хроническая анальная трещина / Н. Н. Крылов // *Вестн. хирург. гастроэнтерол.* - 2008. - № 1. - С. 5-11.
2. Багдасарян, С. Л. Модифицированный способ хирургического лечения хронической анальной трещины в амбулаторных условиях / С. Л. Багдасарян // *Амбулатор. хирургия. Стационарзамещающие технологии.* - 2009. - № 3-4. - С. 16.

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

*Лемешевский А.И., Рычагов Г.П., Алексеев С.А.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Учебный процесс должен быть насыщен не только современной, но и отчасти будущей жизнью, чтобы студент ощущал не только нынешнее состояние вопроса, проблемы, но и пути дальнейшего их развития. Знания достаточно быстро обновляются, новые поколения студентов имеют отношение с все более современными носителями информации, требования к уровню подготовки специалистов возрастают. В этих условиях суть инновационного образования можно выразить фразой: "Не воссоздавать прошлое, а творить будущее".

Цель. Привлечь внимание к проблеме внедрения инновационных методов обучения в медицинских высших учебных заведениях и обозначить необходимые для этого условия.

Понимание инноваций в образовании различно. Нам представляется, что инновационными являются те методы обучения, которые на момент внедрения получили признание и доказали свою эффективность. Их отбор и внедрение следует считать важнейшими компонентами учебно-методической работы.

К одним и тем же методам обучения могут по-разному относиться в отдельных учебных учреждениях. Однако сегодня можно обозначить общую тенденцию. В ее основе лежит смена традиционных подходов в обучении и приход европейских позиций гуманистической педагогики.

К особенностям этих изменений следует отнести внедрение методов, при которых каждый учащийся поставлен перед необходимостью активно добывать, перерабатывать и реализовывать учебную информацию. Опрос учеников, имеющий ведущее значение в структуре традиционных уроков, уходит на второй план, что связано с его низким мотивационным значением, переходом отношений между учителем и учеником в деловую форму. Выявление уровня знаний, умений и навыков рекомендуется проводить в процессе разбора новых материалов, при решении задач.

Основным компонентом урока становится выявление качества усвоенных знаний. Замысел применяемых игровых форм заключается в том, чтобы развить у будущего врача практическое умение дифференциальной диагностики клинически сходных заболеваний и выработки оптимальных схем лечения больного.

Однако в какой мере применимы указанные методы обучения при освоении такой консервативной специальности, как медицина и хирургия, в частности? Хочется согласиться с известным выражением: "Операционная - не место для импровизации!", и добавить: "Импровизировать надо в классах!", - что и позволяют делать современные методы обучения.

Будущий врач обязан более активно работать не только в библиотеке, на практических занятиях, но и на лекции. На это может повлиять изменение информатив-

ного характера лекции на мотивационно-информативный. Основной блок информации у студента должен быть в учебнике, учебно-методическом пособии, а не в конспекте. Лекция должна стимулировать интерес студента к предмету и раскрывать источники информации для удовлетворения этого интереса.

В целом, оценивая влияние применения современной техники на качество лекций, стало ясно, что лекцию делают более интересной не сами мультимедийные технологии, а возможности визуального творчества, которые эти технологии предоставляют преподавателю.

Сегодня перед студентами мы ставим задачи по поиску медицинской информации в Интернете и работе с ней, рекомендуем медицинские сайты. Также разбираем функции отдельных программ, позволяющих работать с некоторыми видами медицинской информации, например, цифровыми рентгеновскими изображениями, записями компьютерной томографии. Отбираем для самостоятельного изучения студентами отдельные электронные материалы, записи томографии с отдельными видами патологии, учебные фильмы. Подготовка студентами презентаций, является примером активного вовлечения их в процесс обучения. Следует особо отметить, что при их создании студенты часто находят новые интересные факты.

Важным положительным элементом занятий с привлечением компьютерной техники является стандартизация подходов к обучению и повышение его уровня среди всех преподавателей кафедры. На каждое занятие готовится блок необходимой информации, который можно оперативно совершенствовать и распространять между преподавателями.

На экзамене учитываются средние баллы за все семестры по практическим занятиям, посещаемость лекций, оценки за итоговый компьютерный тест, оценка по практическим навыкам. Система оценки объясняется студентам на первой лекции и первых занятиях.

Об эффективности применяемых методик преподавания будут свидетельствовать: изменение не столько объема, сколько качественного уровня знаний студентов, их заинтересованность в освоении выбранной специальности, умение правильно мыслить и действовать, принимать единственно верное решение, оценивая клиническую ситуацию.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ" В УО ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

*Лызикова Т.В.
УО "Гомельский государственный медицинский университет"
г. Гомель, Республика Беларусь*

Актуальность. Активное развитие разнообразных

отраслей хирургии, рост числа иностранных студентов - факторы, определяющие возрастание требований к качеству обучения, которое должно проводиться в соответствии с международными стандартами [1].

Для работы в учреждениях, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь, и ведения пациентов со сложной и разнообразной патологией, концепция подготовки специалистов должна, по-видимому, включать следующие аспекты:

- систематизация уже имеющихся знаний;
- умение применить эти знания в соответствии с практической необходимостью;
- практические навыки должны реализовываться на хорошем профессиональном уровне;
- гибкость преподавания в соответствии с современными достижениями медицины.

Цель. Анализ организации профессионального обучения по специальности "анестезиология-реаниматология" в нашем ВУЗе.

Материал и методы. Подготовка врача анестезиолога-реаниматолога начинается с субординатуры на 6 курсе университета, продолжается в интернатуре и дает возможность обучающемуся получить необходимый уровень знаний и умений. Субординатура по анестезиологии-реаниматологии включает 588 часов практических занятий и по сути своей является "мини-интернатурой": субординатор изучает основные разделы общей и частной анестезиологии и реаниматологии, осваивает сначала простейшие практические навыки, а потом и более сложные манипуляции. Разбор тем сопровождается мультимедийными презентациями, дополняется обучающими фильмами по выполнению разнообразных врачебных манипуляций, комплекс реанимационных мероприятий отрабатывается на специальном тренажере. С этого учебного года у студентов появилась возможность отработать в областном патологоанатомическом бюро такие навыки, как пункция центральной и периферической вен, коникотомия, пункция эпидурального и субарахноидального пространств.

Результаты и обсуждение. Таким образом, к моменту первого самостоятельного клинического опыта субординатор имеет возможность отработать основные практические навыки на тренажере, группном материале и закрепить их во время просмотра обучающего фильма.

Выводы. Конечно, для поддержания адекватного уровня знаний и возможности работать в условиях появления новых технологий медицинское образование должно быть непрерывным в течение всей профессиональной деятельности. Однако то, каким будет профессиональный портрет молодого врача, наряду с его личными особенностями, определяет качество его подготовки во время субординатуры.

Литература:

1. Модульная организация учебного процесса в послевузовском профессиональном образовании врачей / Ж. М. Сизова [и др.] // *Анестезиология и реаниматология*. - 2007. - № 5. - С. 4-7.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Совцов С.А., Пряхин А.Н.

УГМАДО,

г. Челябинск, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время в Российской Федерации сложилась и полноценно функционирует стройная централизованная система последипломного обучения и подготовки хирургических кадров. В результате обучения в системе дополнительного профессионального образования врачи хирурги получают все документы государственного образца, дающие право на проведение самостоятельной врачебной практики, начиная от диплома врача и включая: лицензию на определенный вид деятельности, сертификат врача-специалиста, аттестационную квалификационную категорию.

Цель. Оптимизировать систему подготовки врачей хирургического профиля.

Материал и методы. В системе последипломного обучения врачей-хирургов существует ряд нерешенных проблем. Они связаны, прежде всего, с достаточно консервативными и мало меняющимися формами и видами обучения на профильных кафедрах ВУЗов. В процессе обучения недостаточно активно используются такие формы обучения, как проведение мастер-классов с привлечением ведущих профильных специалистов региона, тренинга, семинаров с привлечением Интернет-ресурсов и т.п. К сожалению, российскую медицинскую вузовскую систему обошло стороной "Болонское соглашение". В силу сложившейся ситуации в здравоохранении РФ, прохождение интернатуры осуществляется как на клинических кафедрах, так и на больничных базах (т.н. "больничная интернатура"). Однако практически ни одно лечебно-профилактическое учреждение в стране не имеет лицензии на образовательную деятельность, а назначенные руководители интернатуры, в подавляющем своем большинстве, не прошли соответствующей подготовки на профильных кафедрах хирургии, что делает процесс обучения врача-хирурга в больничной интернатуре (где обучается каждый третий интерн) весьма проблематичным. Вместе с тем, следует отметить, что одного лишь годичного обучения после окончания ВУЗа явно недостаточно, для допуска к самостоятельной хирургической деятельности. Необходимо рассмотреть целесообразность продления сроков обучения в интернатуре в пределах 2-3 лет (в зависимости от будущей специальности врача хирургического профиля).

Результаты и обсуждение. Требуется совершенства и цикловая система последипломного обучения с активным использованием модульных методов обучения как проведение лекции в виде мастер-класса, проблемного семинара с использованием активных форм обучения, практических занятий в режиме тренингов и т.п. Прежде всего, это касается овладения на них врачами новых конкретных лечебно-диагностических и оперативных технологий. Длительность такого обучения должна составлять 3-7 дней с учетом и суммированием их по системе накопления учебных часов (144-200 за пять лет), как это

принято в большинстве стран ЕС. В самом начале пути находится дистанционная система послевузовского обучения. Недопустимо мало на кафедрах хирургии уделяется работе на учебных муляжах, тренажерах и стендах, что связано, прежде всего, с отсутствием должных финансовых средств для их приобретения. С учетом их высокой стоимости (40 000 - 60 000 евро), вероятно, следует обратиться в федеральное Министерство о выделении целевых средств для их закупки.

Выводы. В связи с этим, считаем целесообразным сконцентрировать все виды последипломного обучения только на кафедрах и в институтах повышения квалификации и профессиональной подготовки врачей. Имеется реальная необходимость разработки новых проектов учебных планов подготовки специалистов в интернатуре, ординатуре, а также альтернативные изменения в Государственном образовательном стандарте, касаемые перечня практических хирургических манипуляций и операций.

РОЛЬ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ХИРУРГИИ

Сушков С.А., Фролов Л.А.,
Небылицин Ю.С., Павлов А.Г.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет"
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Одной из важнейших задач клинических кафедр является наглядная демонстрация студентам различных клинических проявлений многочисленных заболеваний и патологических процессов. Как и в других клинических дисциплинах, изучение хирургии невозможно без наглядной демонстрации пациентов, хирургических манипуляций и практической отработки различных навыков. Ежегодное увеличение набора студентов и всё более узкая специализация областных стационаров, являющихся клиническими базами, значительно осложняет ознакомление каждого студента со всеми предусмотренными программой нозологическими формами и отработку каждым всех необходимых навыков под контролем преподавателя. Демонстрация симптомов у постели больного во много раз эффективнее любого самого подробного описания и иллюстративного материала, с другой стороны - неоспоримым фактом является то, что неподготовленного студента подводить к пациенту не совсем этично. Для преподавателей хирургии этот вопрос носит насущный и первоочередной характер. Без основ, закладываемых на кафедре общей хирургии, изучение всех последующих дисциплин невозможно. Таким образом, между аудиторным и стационарным этапами обучения хирургии, по нашему мнению, логичен промежуточный этап. На данном этапе необходимо формировать навыки лечебно-диагностической работы с пациентом в его отсутствие.

Цель. Оценить значение мультимедийных технологий в преподавании хирургии и выяснить потребности студентов в подобных электронных материалах.

Материал и методы. Для повышения эффектив-

ности преподавания на кафедре общей хирургии Витебского государственного медицинского университета внедрены мультимедийные учебные комплексы по разделам "Десмургия", "Реанимация", видеоматериалы по темам трансфузиология, асептика, а также комплексы фотографических материалов демонстрирующих клинические случаи и видеозадачи для контроля освоения материала. В течение учебного года все студенты, наряду с практическими занятиями, были ознакомлены со всеми электронными материалами, а также имели свободный доступ к этим материалам в электронной библиотеке университета.

Для оценки эффективности и востребованности указанных электронных материалов в конце учебного года проведено анонимное анкетирование 9 академических групп.

Результаты и обсуждение. Кроме того, что электронные материалы упрощают демонстрацию клинических случаев и практических навыков, по мнению студентов, они оказались действительно полезными.

В анкетировании приняли участие 109 студентов (около 20% учащихся на курсе). Наиболее полезными при подготовке, по мнению респондентов, оказались комплексы фотоснимков, соответствующие темам клинических занятий и мультимедийный комплекс "Десмургия" (72,5% и 55% соответственно). Наименее востребованными оказались электронные комплексы по темам реанимация, асептика и трансфузиология, что, вероятно, обусловлено малым количеством манипуляций, представленных в данных материалах.

В то же время 57% респондентов высказали пожелания по оптимизации электронного обеспечения учебного процесса. 24,8% респондентов высказали пожелание по дополнительному распространению электронных вариантов имеющихся печатных учебных пособий. Данное пожелание, на наш взгляд, обусловлено целым рядом современных тенденций. Во-первых, электронные учебники более компактны, удобны при подготовке к занятиям. Во-вторых, широкое использование других электронных материалов адаптирует восприятие студентов к быстрой ориентации в структурированных электронных документах. Не следует забывать о сложившейся в нашем обществе тенденции свободного и бесплатного распространения электронных документов, что также является одной из причин высказываемых пожеланий. Ещё 23,8% респондентов отметили необходимость внедрения мультимедийных комплексов, отражающих совокупность навыков по проведению транспортной иммобилизации пациентов с травматическими повреждениями, и подробное видеоописание сестринских манипуляций.

Среди менее часто встречающихся пожеланий отмечены необходимость в обновлении существующих комплексов, более широкое использование мультимедийного обеспечения, а также дополнение имеющегося обеспечения электронными версиями современных литературных источников по изучаемым темам и видеозаписями оперативных вмешательств.

Выводы. Использование мультимедийных комплексов для преподавания хирургии позволяет преодолеть ряд организационных трудностей, обусловленных непрерывностью клинической работы и специализацией помощи.

Современные мультимедийные комплексы являются востребованным учебным пособием, требующим при этом постоянного развития.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ УЧЕБНЫХ ДОСТИЖЕНИЙ СТУДЕНТА ПО ОНКОЛОГИИ

*Шапко Г.М., Гидранович А.В.,
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. Современные тенденции в области медицинского образования ставят задачей подготовку компетентного специалиста, способного самостоятельно решать профессиональные задачи, обладающего высоким уровнем теоретической и практической подготовки, способного к анализу результатов собственной деятельности. Способом решения данной задачи является индивидуальный подход к оценке знаний, умений и навыков студентов, реализующийся в рейтинговой системе оценки знаний. Рейтинговая система оценки знаний студентов представляет собой комплекс организационных, учебных и контрольных мероприятий, базируется на учебно-методическом обеспечении всех видов деятельности обучения студента.

Цель. Оценить результаты внедрения рейтинговой системы для улучшения качества профессиональной подготовки студентов старших курсов на кафедре онкологии с курсом ФПК и ПК Витебского государственного медицинского университета.

Материал и методы. За учебный год на кафедре онкологии с курсом ФПК и ПК прошли обучение по классической системе 102 студента, 66 студентов - по рейтинговой системе. Составляющими рейтинговой системы были - стартовый рейтинг, в который включался контроль выживаемости знаний по смежным дисциплинам, текущий рейтинг, который выставлялся с учетом опроса на занятиях и уровня овладения практическими навыками, УИРС и творческий рейтинг, то есть участие в студенческом научном обществе. Особенности рейтинговой системы оценки знаний на кафедре онкологии ВГМУ являются следующие:

— студенты в начале цикла должны обладать всеми умениями и навыками, необходимыми для организации диагностического процесса;

— в виду интегрального характера дисциплины, важным является высокая выживаемость знаний по смежным дисциплинам;

— уровень исходной подготовки студентов в значительной мере влияет на качество усвоения материала.

Преподаватели кафедры стремятся, чтобы результатом обучения на цикле стало, во-первых, освоение теоретического материала по этиологии, клинике, диагностике и лечении опухолей; во-вторых, освоение практических навыков выполнения диагностических и лечебных процедур при основных локализациях злокачественных новообразований; в-третьих, выработка

алгоритмического подхода в диагностике и лечении злокачественных новообразований.

Результаты и обсуждение. Рейтинговая система оценки знаний студентов на кафедре онкологии с курсом ФПК и ПК ВГМУ внедрялась постепенно в учебном 2009-2010 году. Внедрение рейтинговой системы в университете повысило мотивацию и интерес студентов к обучению на занятиях по онкологии. До внедрения рейтинговой системы количество оценок "десять" составило 4%, "девять" - 41%, "восемь" - 31%, "семь" - 16%, "шесть" - 4%, "пять" - 1%, "четыре" - 3%. После внедрения рейтинговой системы количество оценок "десять" составило 12%, "девять" - 62%, "восемь" - 21%, "семь" - 3%, "шесть" - 0%, "пять" - 2%, "четыре" - 0%.

Результаты внедрения рейтинговой системы показали, что повысилась мотивация студентов в углублении знаний, повысился интерес в освоении практических навыков, в использовании УИРС; улучшилось клиническое мышление студента в освоении лечебно-диагностического алгоритма, студенты активно используют компьютерные технологии в манифестации своих знаний. Это явилось интегральным показателем успеваемости студента к дифференцированному зачету. Анализируя итоговый балл по результатам дифференцированного зачета индивидуально, нам удалось установить, что он значительно повысился на основе внедрения рейтинговой системы оценки знаний.

Выводы.

1. Внедрение рейтинговой системы позволило повысить успеваемость студентов и увеличить количество оценок "десять" - на 8%, "девять" - на 21%, средний балл возрос на 0,68

2. Эти позиции повышают мотивацию студентов для углубления своих профессиональных знаний и навыков.

Литература:

Коневалова, Н. Ю. Организация самостоятельной работы студентов в медицинском вузе: учеб.-метод. пособие / Н. Ю. Коневалова, З. С. Кунцевич, Г. К. Радько; Витебск. гос. мед. ун-т. - Витебск: РИПЦ, ВГМУ, 2010. - 65 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-ХИРУРГА

*Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь*

Стремительный рост информационных технологий требует модернизации и совершенствования подготовки молодых специалистов. В Республике Беларусь совершенствование медицинского образования преследует следующие цели:

1) стандартизация высшего медицинского образования;

2) контроль за уровнем подготовки врачей и поддержание их квалификации;

3) непрерывность медицинского образования.

Процесс подготовки врача любой специальности (в том числе и хирурга) подразделяется на три этапа:

- 1) додипломная общеврачебная подготовка в вузе;
- 2) постдипломная базовая подготовка врача-хирурга;
- 3) специализация по узким хирургическим дисциплинам (специальностям).

В целом, в Беларуси подготовка врачей разной специальности соответствует положениям, принятым Европейским союзом медицинских специалистов (ЕСМС) в 1993 году.

Продолжительность подготовки врача, в соответствии с этими положениями, составляет 6 лет, после чего выпускник, сдав государственный экзамен по наиболее важным дисциплинам, получает диплом общеврачебного образования, квалификации "врач".

Постдипломная подготовка врача-хирурга является обязательной и осуществляется одногодичной специализацией в интернатуре. Основной целью интернатуры является подготовка квалифицированных врачей для работы в области практического здравоохранения. Главной задачей интернатуры является улучшение практической подготовки выпускников медицинских вузов, повышение профессионального уровня и степени их готовности к самостоятельной врачебной специализации, начатой на VI курсе университета (субординатура) и до сих пор проводилась на базах крупных учреждений здравоохранения по типовым учебным планам и программам. В связи с некоторыми неудачными в прошлом решениями по поводу отмены субординатуры и интернатуры по специальности в республике возник довольно острый дефицит врачей-специалистов. Особенно это отразилось на районных больницах и поликлиниках. Наиболее болезненно это сказалось на хирургических кадрах.

По завершению интернатуры врач сдает экзамен и получает удостоверение (сертификат), дающий право самостоятельной работы в должности врача-ординатора в хирургическом отделении стационара или врача-хирурга поликлинического звена.

Однако, по мнению большинства врачей-клиницистов, одногодичная первичная специализация является недостаточной по времени прохождения и требует увеличения её продолжительности, как минимум, до двух лет.

Хотя все интерны успешно сдают экзамен по специальности, остается ряд нерешенных проблем. Например, характеристику составляют руководители отделений, где стажеры проходят интернатуру. Как правило, оценки носят чисто субъективный характер. Фактически руководитель мало заинтересован в повышении квалификации интерна. Для него главное - написание истории болезни, оформление медицинской документации и др., что неизбежно при нынешнем бумаготворческом буме. Учитывать интерна самостоятельной работе, самообразованию, теоретической подготовке руководитель не будет, а иногда и не может. В отделениях почти нет доступа к новым информационным технологиям. Врач без возможности или способности к самообразованию может быть не только балластом в медицине, но и представлять опасность.

Наблюдая много лет интернов - стажеров, мы отчетливо видим, что не более 50% способны к самостоятельной работе, повышению уровня профессиональной подготовки методом самообразования. Их поведение на се-

минарах, конференциях не отличается от студенческого.

Мы полагаем, что с целью повышения качества подготовки стажеров недостаточно субъективной оценки заведующих отделениями и экзамена по специальности. Необходимо введение объективного рейтингового контроля обучающихся. Уровень рейтинга должен учитываться при приеме стажера на работу, а может быть, и отражаться на заработной плате.

Непрерывность медицинского образования осуществляется организацией 2-недельных тематических циклов в академии постдипломного образования и на кафедрах факультета усовершенствования врачей медвузов в объеме 100 часов за 5 лет.

Наконец, нельзя стать высококвалифицированным специалистом без самоусовершенствования в течение всей жизни. С этой целью крайне необходимо обеспечить свободный доступ врача к современным информационным технологиям.

Существующие системы подготовки медицинских кадров никогда нельзя считать завершенными. Они постоянно должны совершенствоваться, но систему на постсоветском пространстве следует унифицировать, ориентируясь на стандарты ЕСМС.

ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ДЛЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Шнитко С.Н

УО "Белорусский государственный медицинский университет"

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Разработка новых видов видеоторакоскопических операций диктуют острую необходимость упорядочивания преподавания эндоскопической хирургии и оптимизации учебного процесса, направленного на полноценное освоение в медицине современных технологий [2, 3].

Цель. Рассмотреть некоторые учебно-методические аспекты последипломной подготовки врачей для выполнения видеоторакоскопических операций.

Результаты и обсуждение. В последипломной подготовке врачей для видеоторакоскопической хирургии необходимо предусмотреть непрерывное усовершенствование специалиста с использованием тренинговых семинаров, участия в научно-практических форумах, операций на тренажерах, животных и трупных комплексах, применения мультимедийных технологий, а также постоянной работы с литературой и видеофильмами.

В процессе обучения многие задачи эндохирургии более успешно решаются с помощью мультимедийных технологий, чем с помощью других наглядных пособий. Проведение занятий с использованием мультимедиа и показом изображений должны обязательно сопровождаться комментариями преподавателя и помогать ему решать определенные задачи в конкретной учебной ситуации [1].

Целью занятий на тренажере, животных и трупных

комплексах является отработка практических навыков оперирования, управления видеокамерой, усвоение методов диссекции, коагуляции, а также наложения экстра- и интракорпоральных эндоскопических швов.

Важным преимуществом компьютерных технологий в обучении видеоторакоскопической хирургии является возможность использования Internet для передачи и получения на расстоянии видеоматериалов. При этом доступными становятся контакты в режиме on-line с любыми учебными заведениями мира, участие в научных форумах, симпозиумах, а также наблюдение за ходом эндоскопических вмешательств в ведущих клиниках мира.

Практика использования видеофильмов на занятиях показывает, что время их демонстрации не должно превышать 20 мин. Данная методика позволяет преподавателю активно вмешиваться в видеокادر, объясняя суть происходящих оперативных действий и манипуляций. Видеофильмы большей продолжительности целесообразно использовать при самостоятельной подготовке специалистов [1].

Выводы. Последипломное преподавание видеоторакоскопической хирургии является важным направлением подготовки врачей, проходящих переподготовку и усовершенствование. Это требует дальнейшего развития методик обучения и разработки стандартов выполнения основных видеоторакоскопических оперативных вмешательств.

Литература:

1. Оноприев, А. В. Роль мультимедийных технологий в обучении эндохирургии / А. В. Оноприев, И. В. Аксенов / *Эндоскоп. хирургия.* - 2006. - № 1. - С. 43-44.
2. Протасов, А.В. К вопросу об образовательных стандартах в эндохирургии (приглашение к дискуссии) / А. В. Протасов, Н. Л. Матвеев // *Эндоскоп. хирургия.* - 2005. - № 5. - С. 63-64.
3. Шнитко, С. Н. Методологические подходы к обучению специалистов по видеоторакоскопической хирургии / С. Н. Шнитко // *Эндоскоп. хирургия.* - 2007. - № 1. - С. 163.

ОДНОРЯДНЫЙ УЗЛОВОЙ ШОВ В ХИРУРГИИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Батвинков Н.И., Русин Н.И.

УО "Гродненский государственный медицинский университет",

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема хирургического шва тонкой, толстой и прямой кишок продолжает оставаться весьма актуальной, несмотря на свою более чем столетнюю историю [2]. В последние годы успешно развиваются новые способы формирования кишечных анастомозов с использованием сшивающих аппаратов. Однако в абдоминальной хирургии по-прежнему доминируют различные способы ручного шва, количество их модификаций превышает 500 [1], при этом ни один из них не имеет 100% надежности. До сих пор хирурги чаще всего отдают предпочтение двухрядному шву.

Цель. Оценить результаты применения ручного однорядного узлового шва при формировании кишечных анастомозов в хирургической и онкологической практике.

Материал и методы. В 1-ой хирургической клинике Гродненского государственного медицинского университета подвергнут оперативному вмешательству 91 больной с различной абдоминальной патологией. У пациентов кишечные анастомозы формировались однорядным узловым швом. Мужчин было 62, женщин - 34. Возраст больных колебался от 26 до 78 лет. Колоректальный рак наблюдался у 31 пациента, доброкачественные заболевания толстой кишки - у 7, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - у 25, колостомы и энтеростомы - у 13, рак желудка - у 4, хроническая дуоденальная непроходимость - у 4, рубцовые стриктуры пищевода - у 2. Операции носили как плановый характер, так и производились по экстренным показаниям при кишечной непроходимости, перитоните, в том числе каловом, в условиях выраженной интоксикации, нарушения белкового и водно-электролитного обмена. У всех пациентов кишечные анастомозы формировали од-норядным узловым швом с применением прецизионной техники.

Результаты и обсуждение. Правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза выполнена у 9 больных, при этом конец в конец сформирован в 6 случаях, бок в бок - в 3. У 10 пациентов произведена левосторонняя гемиколэктомия, которая у 6 больных закончена трансверзосигмосоустьем и у 6 - трансверзоректоанастомозом. Резекция поперечной ободочной кишки с наложением трансверзо-транс-верзосоустья произведена 2 больным. После резекции сигмы в 2 случаях сформирован сигмо-сигмоанастомоз, в 2-х - сигморектоанастомоз. Передняя резекция прямой кишки у 4 пациентов закончилась наложением колоректального анастомоза. В одном случае при синхронной локализации опухоли выполнена одномоментная правосторонняя гемиколэктомия и брюшноанальная резекция с

формированием илеотрансверзо- и сигморектоанастомоза. У больного с метахронной локализацией произведена правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом, а через 11 лет - левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректоанастомозом. Резекция толстой кишки по поводу колостомы выполнена у 7 пациентов с наложением толсто-толстокишечного анастомоза (4) или толстопрямокишечного (3). По поводу мегадолихоколон оперировано 5 больных, у которых после резекции толстой кишки сформирован трансверзоректо- или илеоректоанастомоз. В 6 случаях после снятия энтеростомы непрерывность тонкой кишки восстановлена наложением межкишечных анастомозов конец в конец (4) или бок в бок (2). Однорядный шов при резекциях желудка по поводу язвенной болезни использован у 18 больных, а после СПВ с пилоропластикой - у 7. 4 пациента оперированы с хронической дуоденальной непроходимостью, при этом в 2 случаях произведена резекция дуоденоэюнального угла с наложением дуоденоэнтеросоустья и у 2 пациентов сформирован дуоденоэнтероанастомоз. У 4 больных произведена субтотальная резекция желудка по поводу новообразования. При пластике пищевода толстой кишкой в связи с его рубцовой стриктурой в 2 случаях кологастроанастомоз был сформирован однорядным швом. В одном случае послеоперационный период осложнился несостоятельностью толстокишечного анастомоза. Больная была оперирована по поводу рака левого угла толстой кишки на фоне крайне выраженного истощения. Повторные хирургические вмешательства оказались неэффективными. У остальных пациентов осложнений со стороны сформированных соустьев не наблюдалось. Преимуществом однорядного шва является то, что он менее травматичен, в его зоне реже образуются язвы и эрозии, происходит более ранняя эпителизация соустья [2].

Выводы. Результаты клинического исследования однорядного узлового шва в хирургии желудочно-кишечного тракта показали его высокую надежность. Кроме того, он прост и экономически эффективен, что может найти более широкое применение в хирургии желудочно-кишечного тракта.

Литература:

1. Однорядный непрерывный шов в абдоминальной хирургии / В. М. Буянов [и др.] // Хирургия. - 2000. - № 4. - С. 13-18.

2. Проблема хирургического шва толстой кишки / А. И. Кечеруков [и др.] // Хирургия. - 2003. - № 9. - С. 68-74.

ДОЛГОСРОЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ "КОМБИКСИН" И "ДИОСЕПТ" ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

Бледнов А.В.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Методы лечения гнойных ран продолжают совершенствоваться в связи с сохраняющейся необходимостью улучшения результатов лечения больных с гнойно-воспалительной патологией. Нами разработан метод комплексного лечения ран, основанный на применении в первую и вторую фазы раневого процесса перевязочного средства с иммобилизованными формами трипсина и диоксидина (Комбиксин), 2-3 фазы - препарата с иммобилизованной формой диоксидина (Диосепт) [1]. Проведенные клинические испытания данных средств показали значительное сокращение длительности очищения ран и подготовки больных к оперативному лечению [2].

Цель. Дальнейшее исследование клинической эффективности перевязочных средств "Комбиксин" и "Диосепт" при лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями в стационаре.

Материал и методы. Было пролечено 56 пациентов обоего пола с гнойными ранами различной локализации с поэтапным применением разработанных нами и серийно выпускаемых РУП "Борисовский завод медпрепаратов" перевязочных средств. В качестве сравнения выступали пациенты, которые получали стандартное местное лечение и были пролечены ранее в ходе клинических испытаний перевязочных средств "Комбиксин" и "Диосепт"[2]. Хирургическое лечение включало в себя хирургическую обработку раны при поступлении: иссечение всех видимо нежизнеспособных тканей, промывание раны антисептиками, дренирование. Перевязочные средства применяли до достижения полного очищения раневой поверхности и готовности к пластическому закрытию раны. Под этим понимали отсутствие гнойного отделяемого, появление зрелой грануляционной ткани, отсутствие отека тканей, высокая вероятность приживления кожного лоскута.

Результаты и обсуждение. Эффективность лечения и динамика местного лечения оценивалась по длительности фаз раневого процесса. Сроки очищения ран и готовности к пластическому закрытию (аутодермопластика или вторичные швы) приведены ниже в таблице.

Полученные данные позитивно соотносятся с результатами более ранних исследований [2]. Общие

тенденции лечения полностью подтверждали эффективность применения данных перевязочных средств. Так, на 6-8 суток сокращалась длительность фазы очищения, отмечалось более раннее появление грануляций, создавались условия для регенерации эпителия, подготовка к пластическому закрытию достигалась в 3 раза быстрее. Кроме длительности фаз раневого процесса также исследовалась динамика клинической симптоматики. Пациенты раньше отмечали улучшение самочувствия. Препараты "Комбиксин" и "Диосепт" эффективно подавляли раневую инфекцию. Так уже через день после начала их применения у больных отмечалось уменьшение клинических проявлений инфекции (уменьшение отека, количества отделяемого, гиперемии). К достоинствам данных средств можно отнести то, что в качестве антисептика используется диоксидин, к которому не вырабатывается устойчивость у госпитальных штаммов микроорганизмов. Кроме данной группы пациентов, мы применяли "Комбиксин" и "Диосепт" для лечения пролежней, вирусных дерматитов, васкулитов, посттравматического остеомиелита и другой патологии.

Выводы.

1. Проведение долгосрочных исследований перевязочных средств "Комбиксин" и "Диосепт" подтвердило высокую их эффективность. Так, их применение позволяет в 2-3 раза сократить сроки дооперативного лечения.

2. Перевязочные средства "Комбиксин" и "Диосепт" эффективно подавляют раневую инфекцию, обеспечивают дренирование раны, длительно поддерживают эффективную концентрацию антисептиков и могут быть рекомендованы для применения в стационаре.

Литература:

1. Бледнов, А. В. Перспективные направления в разработке новых перевязочных средств /А.В. Бледнов // *Новости хирургии.* - 2006. - N 1, Т. 14.- С.9-19.
2. Бледнов, А.В. Результаты применения перевязочных средств "Комбиксин" и "Диосепт" в клинике /А.В. Бледнов // *Медицинские новости.* - 2009. - № 3. - С. 103-106.

РОЛЬ ДИНАМИКИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ОТМОРОЖЕНИЕМ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бородин А.В.

ГКБ №23 им "Медсантруд",

г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Проблема диагностики отморожений продолжает привлекать пристальное внимание клиницистов. Основанием для этого является различная степень возможного поражения тканей, которая, наряду с отсутствием надежных методов диагностики, нередко приводит к неправильной оценке глубины поражения, что влияет на тактику и результат лечения. Различные методики диагностики используются разрозненно и

Таблица. Результаты лечения ран

группа	Очищение ран, сут	Появление грануляций, сут	Готовность раны к пластическому закрытию
Опыт	3,8±0,65	2,5±0,54	4,5±0,82
Контроль	10,8±2,8	6,7±2,36	13,4±4,12

*Различия достоверны при $p < 0.001$

противопоставляются друг другу [1]. Все это определяет необходимость поиска объективных методов диагностики глубоких отморожений.

Цель. Анализ динамики тканеспецифического фермента сыворотки крови креатинфосфокиназы (КФК) у больных с различной степенью отморожения.

Материал и методы. Представлен опыт лечения и обследования 147 пострадавших с отморожением конечностей в период с 1994 по 2005 гг. Основную часть пострадавших составили мужчины трудоспособного возраста - 124 (84,4%) пациента. Особенностью наших наблюдений явился факт поздней госпитализации большей части пострадавших. Так в первые трое суток с момента отморожения было госпитализировано всего 35 (23,8%) больных. В сроки от 4-7 суток поступило 59 (40,1%) пациентов. В течение 8-14 суток с момента холодовой травмы количество пострадавших составило 33 (22,5%) больных. В сроки более 2-х недель после отморожения госпитализировано 20 (13,6%) больных. Ретроспективный анализ глубины поражения показал, что основную массу составляли пациенты с отморожениями III и IV степени. Поверхностные отморожения II степени наблюдались у 21 (14,3%) пациента. Как правило, в 90% наблюдений воспалительный процесс локализовался в области пальцев. Глубокие отморожения наблюдались у 126 пострадавших (85,7%). При этом III степень поражения тканей диагностирована у 34 (23,1%) больных, а IV степень отморожения наблюдалась у максимального количества пострадавших - 92 (62,6%) пациента. При отморожении III степени локализация поражения чаще отмечалась в области стоп - 25 (17%) наблюдений. Объем поражения тканей у этой группы больных захватывал фаланги пальцев с незначительным переходом на стопу. У больных с IV степенью отморожения в 63 (42,8%) наблюдениях были поражены стопы. При этом объем поражения тканей на стопах захватывал дистальную треть, а в области кистей ограничивался пальцами. Для определения глубины поражения тканей при холодовом воздействии мы использовали креатинкиназный тест, который основан на определении КФК в сыворотке крови. Определение уровня КФК проводилось на 1, 5 и 7-е сутки стационарного лечения.

Результаты и обсуждение. У больных с отморожением конечностей II степени уровень сывороточной КФК увеличивался в первые сутки после холодового воздействия в 2 раза, в среднем до 475 ± 47 EU/л, и быстро нормализовался к 5-6 суткам. При III степени поражения в первые сутки с момента отморожения отмечалось повышение КФК в 10 раз, что составляло в среднем 1936 ± 105 EU/л. В течение 7 суток показатель снижался до 615 ± 34 EU/л, а нормальные значения КФК достигались к 14 суткам и составляли 182 ± 28 EU/л. При IV степени отморожения уровень КФК повышался в 25-30 раз выше нормальных значений и в первые сутки составлял в среднем 5574 ± 402 EU/л. На 7-е сутки показатель снижался до средних значений (1243 ± 98 EU/л), сохраняясь на данном уровне в течение длительного времени. Однако при выполнении больным ранней некрэктомии уровень КФК прогрессивно снижался уже на следующий день почти в два раза. Также отмечены нормальные цифры КФК у больных, которые госпитализированы спустя 3-4 недели от момента отморожения с явлениями формирования

демаркационной линии.

Выводы. Определение сывороточной КФК является объективным методом диагностики состояния тканей после холодового воздействия, позволяющим судить о глубине и объеме поражения. Определение КФК позволяет уже в ранние сроки с момента холодовой травмы дифференцировать III и IV степень поражения. При III степени отмечается увеличение уровня КФК в 10 раз, в среднем до 1936 ± 105 EU/л; при IV степени - в 25-30 раз, в среднем до 5574 ± 402 EU/л.

Литература:

1. *Диагностика поражения тканей в раннем периоде отморожений / Г. А. Плотников [и др.] // Новые направления в клинической медицине: материалы конф. - Ленинск-Кузнецкий, 2000. - С. 162-163.*

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОМИКСОМ БРЮШИНЫ

*Бужор П.В., Хотиняну В.Ф., Стражеску Г.И., Круду О.К., Бужор С.П.
Молдавский государственный медицинский университет им. Н. Тестемицану,
г. Кишинев, Республика Молдова*

Актуальность. Несмотря на значительные успехи хирургии в 21 веке, псевдомиксомы брюшины относительно редкая, до конца не изученная патология. При этой патологии слизь различной консистенции, от желеподобной массы до водянистой жидкости, вырабатывается имплантатами опухоли по брюшине. Иногда это приводит к озлокачествлению, прорыву слизистых или желеподобных масс в брюшную полость, вызывая массивное обсеменение, с образованием псевдомиксоматоза. В результате этого происходит сдавление окружающих органов и тканей и появляется асцит, что вынуждает больных обратиться за медицинской помощью.

Патогенез развития псевдомиксом до настоящего времени неясен. Большинство авторов полагают, что причиной формирования мукоидной жидкости является воспаление червеобразного отростка с выраженным рубцовым сужением просвета у основания аппендикса, приводящее к закупорке его просвета и нарушению оттока слизи.

В литературе последних лет встречаются следующие названия данного патологического состояния: миксома червеобразного отростка, слизистая киста, мукоцеле, миксоглобулём и другие.

Цель. Отсутствие патогномичных клинических признаков, свойственных исключительно столь редкому заболеванию, заставило нас разработать комплекс лечебно-диагностических мероприятий, позволяющих удаление больших по диаметру миксом с применением локорегиональных способов гипертермии.

Материал и методы. В период 2000-2010 годы в клинике 3-й городской клинической больницы г. Кишинэу находились на стационарном лечении 4

больных мужчин в возрасте 35-76 лет. У 4 больных в анамнезе аппендэктомия с морфологическим подтверждением - аденокарцинома червеобразного отростка. Послеоперационный период протекал благоприятно и на 7 сутки пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. В 2-х случаях спустя 3 года после аппендэктомии при ультразвуковом исследовании выявлены различные по диаметру кистозные образования брюшной полости, и больные были направлены в стационар для дообследования и лечения. У остальных больных спустя 5 лет после аппендэктомии при ультразвуковом исследовании обнаружены образования неоднородной структуры различного диаметра. Всем больным выполнена компьютерная томография органов брюшной полости, на которой были выявлены различные по диаметру образования неправильной формы с неоднородной структурой.

Результаты и обсуждение. После получения лабораторно-диагностических показателей всем больным выполнена операция под общим обезболиванием - лапаротомия с удалением псевдомиксом брюшной полости с применением локорегиональных способов гипертермии, с последующим дренированием брюшной полости. Послеоперационное течение у 3-х больных гладкое, на 10-е сутки они были выписаны из стационара. Один больной умер в послеоперационном периоде от свища толстого кишечника и прогрессирования перитонита.

Выводы. Псевдомиксомы брюшины - это редко встречающаяся опухоль с чрезвычайно агрессивным течением, при которой хирургическая санация брюшной полости с удалением больших псевдомиксом, с применением локорегиональных способов гипертермии позволяет продлить жизнь больных более, чем на 5 лет.

Литература:

1. Владимирцева, А. Л. Псевдомиксома ретроцекально расположенного червеобразного отростка с прорастанием в забрюшинное пространство и наружными свищами / А. Л. Владимирцева, М. Г. Чатталос, В. А. Полетаев // *Архив патологии*. - 1989. - Т. 51, № 9. - С. 74-76.
2. Esquivel, J. *Clinical presentations of the pseudomixoma peritoneal syndrome* / J. Esquivel, P. H. Sugarbaker // *Br. J. Surg.* - 2000. - Vol. 87. - P. 1414.
3. *Extensive surgical Cytoreduction and intraoperative hipertermic, intraoperitoneal chemotherapy]n patients with pseudomixoma peritonei* / A. J. Witkamp [et al.] // *Br. J. Surg.* - 2001. - Vol. 88. - P. 458.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕМАТОЛОГИИ

*Воробей А.В., Лурье В.Н.,
Александров С.В., Карпович Д.И.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
Республиканский центр реконструктивной
хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и
лазерной хирургии,
УЗ "Минская областная клиническая больница",
г. Минск, Республика Беларусь*

В клинике завершено исследование, доказывающее неоспоримое превосходство лапароскопической спленэктомии (ЛС) в сравнении с традиционным удалением селезенки лапаротомным доступом у пациентов гематологического профиля, нуждающихся в спленэктомии. Наиболее частое интраоперационное осложнение, ведущее к конверсии, - кровотечение из сосудов и ткани селезенки. Разработанная методика операции с применением эндоваскулярной баллонной окклюзии селезеночной артерии и обработки лучом лазера капсулы селезенки позволяет безопасно выполнять спленэктомию лапароскопическим доступом без конверсии.

Цель. Повысить безопасность лапароскопической спленэктомии путем использования эндоваскулярной окклюзии селезеночной артерии и коагулирующих свойств высокоэнергетического лазера.

Материал и методы. За период с 2006 по 2009гг. в клинике было выполнено 27 лапароскопических спленэктомий. У 21 пациента выявлена идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, у 2 - анемия, у 4 - тромбоз селезеночной вены. В целях повышения безопасности операции была применена предварительная эндоваскулярная баллонная окклюзия селезеночной артерии и обработка лучом лазера капсулы селезенки. Рентгенэндоваскулярный этап выполняли непосредственно перед операцией. После подтверждения эффективности окклюзии селезеночной артерии больного подавали в операционную. Перед этапом мобилизации селезенки использовали метод обработки доступных участков ее поверхности лучом первого (1,08 мкм) и второго (1,32 мкм) канала лазера МУЛ-1.

Результаты и обсуждение. Осложнений, связанных с процедурой эмболизации, не было. Интраоперационных кровотечений из сосудов селезенки и ее паренхимы не наблюдалось. Конверсий не было. Средняя длительность операции - 150 минут. Длительность пребывания в стационаре после операции - 5 суток. Рецидивов заболевания у пациентов гематологического профиля не было.

Выводы. Применение эндоваскулярной баллонной окклюзии селезеночной артерии и обработка лазером паренхимы селезенки значительно повысили безопасность этапов лапароскопической спленэктомии.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОГО МЕСТНОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА НА ОСНОВЕ НЕОРГАНИЧЕСКИХ СОЛЕЙ ПРИ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ

Гаин Ю.М., Александрова О.С., Гапанович В.Н., Шерстюк Г.В., Велякина Н.Н., Юрага Т.М.
ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
концерн "Белбиофарм",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. За 1990-2005 гг. летальность от травматизма возросла на 97,3%. При этом травма занимает третье место (11,9%) среди главных причин смерти населения Республики Беларусь после онкологических и сердечнососудистых заболеваний. Внедрение современных методов хирургического лечения сочетанной травмы является одним из основных мероприятий программы "Укрепление здоровья и увеличение продолжительности жизни населения", разработанной в рамках Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь.

В настоящее время Белорусской медицинской академией последипломного образования совместно с концерном "Белбиофарм" в рамках Государственной комплексной программы научных исследований "Современные технологии в медицине" по теме НИР "Разработать технологию получения полифункциональных композиционных гемостатических средств на основе неорганических солей" (№ госрегистрации 20081619) ведутся доклинические испытания нового отечественного местного гемостатического средства.

Цель. Провести сравнительную оценку эффективности отдельных способов местного гемостаза при закрытых и открытых повреждениях печени и селезёнки белых крыс в условиях искусственно индуцированного гипокоагуляционного синдрома.

Материал и методы. Эксперимент проведен на белых беспородных крысах обоего пола. По разработанной нами методике у 113 животных моделировали абсолютно смертельную открытую и у 108 животных - абсолютно смертельную закрытую травму печени и селезёнки. После моделирования открытой (закрытой) травмы живота для обеспечения гемостаза проводили следующие мероприятия: наложение гемостатического шва типа Кузнецова-Пенского с оментопексией; местное использование нового отечественного гемостатического средства (НГС) на основе неорганических солей; местное применение препарата-аналога - капрофера (ООО "Ликвор", Армения). Животных выводили из эксперимента на 1-е, 3-е, 7-е и 12-е сутки после операции.

Результаты и обсуждение. Применение нового местного гемостатического средства при открытой травме печени и селезёнки в условиях искусственно индуцированной гипокоагуляции позволило предотвратить гибель всех животных, применение гемостатического шва с оментопексией - только в 89,2%; применение капрофера - в 87,5% случаев ($\chi^2=4,12$; $p=0,04$ и χ^2

$\chi^2=4,83$; $p=0,03$, соответственно). В случае закрытой травмы на фоне моделированной гипокоагуляции использование НГС позволило снизить летальность животных со 100 до 13,9%, применение ушивания с оментопексией - до 19,4%, а использование капрофера - только до 52,8% ($\chi^2=12,25$; $p=0,0005$). Анализ выраженности спаечного процесса методом семантического дифференциала (Липатов В.А., Григорян В.В., 2000) показал, что на 12-е сутки у животных с закрытой травмой живота использование капрофера привело к выраженному спаечному процессу ($4,05 \pm 0,35$ балла); после наложения шва спайкообразование было оценено как $1,04 \pm 0,323$ балла, а после использования НГС - $0,56 \pm 0,7$, что было статистически значимо ($H=7,2$; $p=0,03$) меньше, чем в других группах. Применение НГС в случае открытой травмы также не приводило к развитию спаечного процесса.

Выводы. Применение нового отечественного гемостатического средства на основе неорганических солей при травме печени и селезёнки в условиях искусственно индуцированной гипокоагуляции обеспечивает выживаемость 100% животных при открытой и 86,1% при закрытой травме живота. При этом данное средство обладает несомненными преимуществами по сравнению с другими методами, поскольку оно:

— не индуцирует образование спаек в брюшной полости;

— обеспечивает более быстрое восстановление общего состояния и функционального состояния различных органов и систем травмированных животных по сравнению с другими методами гемостаза;

— препятствует прогрессированию постгеморрагической анемии, обеспечивая нормализацию показателей "красной крови" к 12-м суткам послеоперационного периода, как при открытой, так и при закрытой травме живота;

— уменьшает интенсивность системной воспалительной реакции с более быстрой (на 3-7-е сутки) нормализацией показателей гемограммы.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Галимов О.В., Ханов В.О., Зиганшин Д.М., Шкундин А.В., Габдулсабировова З.Р.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава",
г. Уфа, Россия

Актуальность. За последние годы в мире значительно вырос интерес врачей различных специальностей к проблеме ожирения. Это обусловлено значительным увеличением частоты этого заболевания, которое в развитых странах приобретает характер социально значимой патологии. Кроме укорочения продолжительности жизни, ожирение резко снижает трудоспособность и часто приводит к инвалидности, что обуславливает его социальную значимость

Хирургическое лечение больных с ожирением, требует особого подхода как в предоперационной подготовке, так

и интра- и послеоперационном ведении, что связано с наличием неизменно выявляемой у них сопутствующей патологии жизненно важных органов и систем организма.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения сопутствующей патологии у больных с ожирением с применением миниинвазивных технологий.

Материал и методы. Проведено исследование 59 больных с различной хирургической абдоминальной патологией на фоне ожирения. У этих больных индекс массы тела был более 26 кг/м². Наиболее часто встречающимися при ожирении хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и брюшной стенки явились желчнокаменная болезнь хронической и острой холецистит, вентральные грыжи, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, причиной которой являлись грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Из включенных в исследование пациентов, III-IV степень ожирения наблюдалась у 37 человек, и у 3 отмечались патологические формы ожирения (ИМТ>45). Так, у 31 пациента была желчнокаменная болезнь и им была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 15 пациентов выполнено грыжесечение по поводу вентральных грыж, к которым были отнесены грыжи белой линии живота и пупочные грыжи. По поводу ГЭРБ, при наличии признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, в 13 случаях проводилось лапароскопическое наложение фундопликационной манжеты по методу Ниссена.

Результаты и обсуждение. В отдаленном периоде у пациентов с ожирением отмечено преобладание удовлетворительных и хороших результатов лечения, что объясняется применением миниинвазивных технологий.

Выводы. Таким образом, наличие избыточной массы тела отрицательно сказывается на результатах хирургического лечения патологии органов брюшной полости, однако применение миниинвазивных технологий у больных с ожирением позволяют свести к минимуму послеоперационные осложнения и добиться максимального лечебного эффекта.

Литература:

1. Яшков, Ю. М. Современный этап развития хирургии ожирения / Ю. М. Яшков // *Врач.* - 2000. - № 6. - С. 25-27.
2. Дедов, И.И. Ожирение. Этиология, патогенез, клинические аспекты / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - М.: МИА, 2004. - 449 с.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*Гарелик П.В., Довнар И.С., Полинский А.А.,
Колешко С.В., Козел М.И., Курило О.П.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. На современном этапе развития абдоминальной хирургии одним из приоритетных направлений является разработка и широкое внедрение в

клиническую практику малотравматичных миниинвазивных эндовидеохирургических и пункционно-дренирующих под сонографическим контролем оперативных вмешательств. Данные операции завоевали прочные позиции в хирургии и продолжают обоснованно успешно и интенсивно совершенствоваться и развиваться. Малоинвазивные технологии вносят значимые и существенные коррективы в сложившиеся традиции абдоминальной хирургии.

Цель. Анализ и оценка результатов применения диагностических и лечебных малоинвазивных оперативных вмешательств.

Материал и методы. С 1994 г. по 2009 г. в клинике выполнено 4972 лапароскопических и 236 операций под контролем УЗИ.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто выполняемой операцией в эндовидеохирургии является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). За исследуемый промежуток времени выполнено 3313 ЛХЭ при остром и хроническом холецистите. Опыт проведения этих операций показывает, что ранее выполненная лапаротомия не является противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии.

У пациентов желчнокаменной болезнью с эпизодами желтухи в анамнезе во время лапароскопической холецистэктомии выполнялась интраоперационная холангиография. У 5% больных во время лапароскопической холецистэктомии выполнены симультанные оперативные вмешательства: пластика грыжевых ворот, тубэктомия, цистэктомия, фенестрация кист и биопсия печени. Интраоперационная агрессия (длительность наркоза, травматичность) не являются чрезмерными, а преимущества симультанных оперативных вмешательств обеспечивают значительный социально-экономический эффект.

Малоинвазивные лапароскопические технологии применены у 129 больных острым панкреатитом, осложнившимся ферментативным перитонитом, что потребовало проведения санации и дренирования брюшной полости. В связи с желчной гипертензией у 78 больных операция дополнена выполнением лапароскопической холецистостомии.

У 732 больных, госпитализированных по экстренным показаниям и в плановом порядке, выполнена диагностическая лапароскопия. С января 2000 г. выполнено 487 аппендэктомий с применением лапароскопических технологий. Полученные результаты позволяют считать лапароскопическую аппендэктомию альтернативой традиционной операции, что можно объяснить низким процентом риска спайкообразования, уменьшением количества послеоперационных вентральных грыж, а также быстрой реабилитацией и восстановлением трудоспособности пациентов.

У 52 больных хроническим рецидивирующим панкреатитом, осложненным формированием кист поджелудочной железы, выполнено лапароскопическое наружное дренирование кист с последующей их санацией и активной аспирацией. В последние годы оперативные вмешательства при кистах поджелудочной железы проводим преимущественно под УЗ-контролем. С 2002 года после внедрения данного метода в клинике, он был применен в лечении 87 больных с кистами поджелудочной железы. Санационно-диагностическая пункция вы-

полнена у 56, а пункция в сочетании с дренированием - у 31 пациента.

Лапароскопический метод в лечении паховых и бедренных грыж применен у 287 больных. У всех пациентов выполнена интраабдоминальная предбрюшинная лапароскопическая герниопластика, у 17 больных - двухсторонняя. Рецидивов грыж не отмечено.

Одним из значимых достижений современной хирургии в лечении перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки является применение малоинвазивных технологий. У 32 больных, госпитализированных по экстренным показаниям, выполнено ушивание прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по общепринятой методике с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Чрезкожная чреспеченочная холецистостомия под контролем УЗИ была выполнена 46 больным с острым деструктивным холециститом и 36 больным с механической желтухой и выраженной сопутствующей патологией. В основном это были люди пожилого и старческого возраста.

Выводы. Применение и совершенствование миниинвазивных технологий, укомплектование современным оборудованием хирургических клиник - это реальные пути улучшения результатов хирургического лечения больных с абдоминальной патологией

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИИ ОСТРОВКОВЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ИЗОЛИРОВАННОЕ СОСУДИСТОЕ РУСЛО

Глинник А.А., Прохоров А.В., Рацинский С.М.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Наиболее распространенным на сегодняшний день эндокринологическим заболеванием является инсулинзависимый сахарный диабет. Известно, что использование традиционного метода терапии данного заболевания - инъекции инсулина - является дорогостоящим и приносит пациенту существенные неудобства. Наиболее же грозными осложнениями данного метода лечения являются: нефропатия, ангиопатии и безусловно развитие у больных гипер- и гипосмолярных ком, которые могут привести к смерти больного.

Цель. Провести комплексную оценку эффективности трансплантации островковых клеток поджелудочной железы в изолированное сосудистое русло в отдаленном послеоперационном периоде у больных с первичным и постпанкреонекротическим диабетом.

Материал и методы. Были обследованы 17 пациентов, которым была произведена ксенотрансплантация островковых клеток в изолированный участок большой подкожной вены (БПВ). Взвесь клеток в количестве более 6000 IQS/кг вводилась в просвет сосуда пункци-

ционно инсулиновым шприцем. Оценка проводилась спустя 6, 12 и 24 месяцев после операции. Исследовались уровни гликемии, инсулинпотребности, С-пептида, иммунореактивного инсулина (ИРИ).

Результаты и обсуждение. При трансплантации островков в изолированный участок БПВ положительный эффект пересадки начал проявляться на 6-7 день без резких колебаний уровней глюкозы крови. Стабилизация течения диабета наступала к 10-15 суткам после операции. Уровень гликемии составлял $6,28 \pm 1,43$ ммоль/л (до операции $12,8 \pm 1,48$ ммоль/л, $p < 0,05$) со снижением инсулинпотребности до $31,0 \pm 5,8$ ЕД (до операции - $53,0 \pm 16,5$, $p < 0,05$). В дальнейшем колебания уровней глюкозы крови не отмечались и он оставался стабильным в течение всего периода наблюдения ($5,57 \pm 0,67$ ммоль/л, $p < 0,05$).

Уровень С-пептида у реципиентов спустя 6 месяцев после операции равнялся $23,45 \pm 3,48$ ЕД, ($p < 0,05$ по сравнению с дооперационным уровнем). Существенных колебаний данного показателя не отмечалось при исследовании спустя 12 и 18 месяцев после пересадки. В предоперационном периоде уровень ИРИ был минимален, что свидетельствовало о полной функциональной несостоятельности островкового аппарата, к 6 месяцу после операции наблюдалось повышение ИРИ и его значение равнялось $25,58 \pm 3,91$ ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Разработанный метод ксенотрансплантации островковых клеток в изолированное сосудистое русло позволяет добиться долговременной компенсации сахарного диабета у реципиентов.

2. Применение иммунозащиты клеточного материала в участке сосудистого русла является достаточно эффективным и способствует длительному сохранению и функционированию пересаженных клеток.

3. Малая травматичность операции позволяет расширить группу реципиентов, которым показана пересадка островковых клеток поджелудочной железы.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ОСТРОВКОВЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Глинник А.А., Прохоров А.В.,
Назарова О.П., Рацинский С.М.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Сахарный диабет в настоящее время является наиболее распространенной эндокринной патологией. В то же время использование традиционной инсулинотерапии не всегда позволяет добиться компенсации диабета. Одним из вариантов решения данной проблемы является трансплантация островкового аппарата поджелудочной железы.

Материалы и методы. В нашей работе проведены исследования качества жизни пациентов, перенесших трансплантацию островковых клеток поджелудочной

железы в сосудистое русло. С целью определения качества жизни больных мы провели анкетирование больных. В качестве анкеты использовался опросник качества жизни SF-36, русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ. Данная анкета позволяет оценить физическую и эмоциональную сферу пациентов, их работоспособность. Разработанные вопросы позволяют сравнить качество жизни пациентов на протяжении выбранного промежутка времени. Полученные данные вводились в программу-ключ для оценки качества жизни. Данная анкета была дополнена вопросами о инсулинпотребности пациентов, уровнях их гликемии, прогрессировании осложнений диабета, желании пациентов при снижении функциональной активности трансплантата провести повторную операцию по пересадке островковых клеток. Всего было обследовано 28 пациентов. Возраст больных на момент операции колебался в пределах 18-58 лет. Длительность диабета составляла 5-15 лет, уровни инсулинпотребности 36-90 ЕД/сутки. Всем больным была выполнена ксенотрансплантация островковых клеток в сосудистое русло. Выполнялись пересадки в глубокую артерию бедра и изолированный участок большой подкожной вены.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного обследования, нами были получены следующие результаты:

1. Улучшение качества жизни, по сравнению с дооперационным периодом, отмечено у 21 пациента (75%)
2. Состояние на уровне дооперационного периода у 4 пациентов (14%). Следует отметить, что в данной группе у 3 реципиентов уровень качества жизни до операции был достаточно высок.
3. Ухудшение состояния у 3 пациентов (11%). В то же время у этих больных отмечалось значительное улучшение в послеоперационном периоде, а ухудшение состояния следует связывать с снижением функциональной активности трансплантата.

В первой группе пациентов мы наблюдали стабильное течение диабета. Показатели гликемии определялись на уровнях, установившихся после операции, как и уровни инсулинпотребности. Прогрессирование осложнений диабета не отмечалось. Во второй группе пациентов у одного из них наблюдалось ухудшение состояния: уровни гликемии и инсулинпотребности приближались к дооперационным. В то же время у него не отмечалось прогрессирование осложнений диабета. В третьей группе отмечался у всех пациентов возврат к дооперационным уровням гликемии и инсулинпотребности. Гипогликемические состояния отмечались лишь эпизодически, хотя до операции они происходили от 1 до 8 раз в неделю. Прогрессирование осложнений диабета было минимальным. Следует отметить, что ни у одного пациента не было прогрессирования нефропатии, что является важным прогностическим критерием их выживаемости. Важным является факт согласия всех пациентов на повторную трансплантацию островковых клеток, что косвенно подтверждает эффективность применяемой методики.

Выводы.

1. Ксенотрансплантация островковых клеток поджелудочной железы в сосудистое русло позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов на протяжении длительного срока без повторных пересадок.

2. Нами была определена компенсация сахарного диабета у большинства реципиентов на протяжении 4 и более лет после пересадки островковых клеток в сосудистое русло.

НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Гуревич А.Р., Гуревич Н.А., С.А.Юрченко., Быков Н.М., Ю.В.Маркевич., Малеванный О.И., Назаров М.В. УЗ "Могилевская городская больница скорой медицинской помощи", г. Могилев, Республика Беларусь

Целью нашего исследования стало изучение особенностей ятрогенных повреждений при лапароскопической холецистэктомии и совершенствование лапароскопической методики путем интегрирования ее с новыми информационными технологиями для улучшения результатов лечения больных с острым хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Для максимально точного воспроизведения операционного процесса и его анализа на всех этапах выполнения, в режиме реального времени, особенно у больных с высоким операционным риском, нами разработан программно-аппаратный комплекс дистанционного управления (ПАК), работающий под контролем хирурга - модератора. Данная система построена на основе современных информационных технологий и объединила в единый комплекс диагностическое и операционное оборудование, позволяющее оперативно получать достоверную информацию из операционных, устройства регистрации и отображения данных, а также компьютерную технику, представляющую интеллектуальную платформу для построения систем различного уровня сложности

В хирургических отделениях УЗ "Могилевская городская больница скорой медицинской помощи" с 1993 по май 2010 годы выполнено 868 ЛХЭ по поводу острого холецистита. Из этой группы больных у 184 пациентов, с 2005 года оперативное вмешательство проводилось под контролем хирурга - модератора с дистанционным управлением (ПАК). Возраст больных варьировал от 22 до 84 лет, составляя в среднем $58,3 \pm 17,4$ года. Тактика лечения определялась по результатам клинико-лабораторного и инструментального обследования.

Анализ осложнений нами проведен с учётом их локализации (общие, местные, внутри - и внебрюшинные), характера (повреждение органа), видов (кровотечение, желчеистечение и др.), причин развития, степени тяжести, видов лечения.

Конверсия потребовалась девяти пациентам (1,03%) первой группы по следующим причинам: сложность и

невозможность представить анатомические особенности (n=5), кровотечение (n=2) и подозрение на повреждение общего желчного протока (n=2).

Анализируя причины, которые повлияли на возникновение ятрогенных повреждений, у 7 больных выделяем клиничко-анатомические особенности, недостаточное индивидуальное мастерство и опыт хирурга, технические условия проведения операции. Так, выраженные воспалительно-инфильтративные изменения гепатопанкреатодуоденальной зоны, стали причиной повреждения у 2 больных, атипичное расположение сосудисто-протоковых элементов в зоне желчного пузыря в наших наблюдениях отмечены у 3 больных, недостаточная квалификация хирурга повлияла на возникновение ятрогенных повреждений у 2 пациентов.

Проанализированы результаты лечения у второй группы больных. В двух случаях после оценки интраоперационной картины был установлен диагноз острого гангренозного холецистита с диффузным перитонитом и в одном случае - со свищем между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой, в связи с чем, был рекомендован переход к лапаротомии. В одном случае выявлено необъяснимое появление желчи в операционном поле в конце лапароскопической операции, что потребовало проведение тщательной ревизии. Хирургом - модератором на мониторе ПАК был выявлен дополнительный желчный проток в ложе желчного пузыря, что было расценено как причина желчеистечения. Дополнительный проток был клипирован и к этому месту подведен дренаж. В двух случаях были выявлены необычные варианты расположения печеночной артерии, что повышало риск повреждения сосудов и возникновения кровотечения. Данные аномалии своевременно оценены хирургом - модератором, что позволило предупредить оперирующих хирургов и избежать возможные тяжелые осложнения. Конверсия потребовалась 4 (2,4%) пациентам из-за высокой степени операционного риска, вызванного топографо-анатомическими изменениями в области гепатодуоденальной связки. У данной группы больных не возникли интраоперационные и послеоперационные осложнения, потребовавшие выполнения срочных повторных оперативных вмешательств.

Таким образом, в проведенных исследованиях обнаружена тенденция к улучшению интраоперационной диагностики во время выполнения ЛХЭ при остром холецистите при участии хирурга - модератора в операционном процессе путем использования программно-аппаратного комплекса, позволяющая избежать ошибок в принятии решения.

НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОЧЕТАНИИ С ЛАПАРОСКОПИЕЙ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Гуревич А.Р., Гуревич Н.А., Быков Н.М.,
Юрченко С.А., Малеванный О.И., Назаров М.В.
УЗ "Могилевская городская больница скорой
медицинской помощи",
г. Могилев, Республика Беларусь*

На сегодняшний день хирурги столкнулись с целым рядом совершенно новых проблем, специфичных для лапароскопической хирургии, которые сдерживают и не позволяют использовать многие преимущества данной методики в экстренной хирургии. И, в первую очередь, это проблемы с верификацией тонких структур тканей, подвергаемых рассечению и диссекции (сосуды, протоки, стенки органов, которые находятся в тесном соприкосновении), а также трудности в интерпретации объекта, связанных с более низкой разрешающей способностью используемой видеоаппаратуры, по сравнению с прямой визуализацией.

Цель. Совершенствования лапароскопической методики, путем интегрирования ее с новыми информационными технологиями для улучшения результатов лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Представлены результаты выполнения операций с использованием лапароскопической технологии у 5179 больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости. В 1-ю группу вошло 4767 пациентов, которым с диагностической и лечебной целью использовался лапароскопический метод. Показана высокая информативность лапароскопии в диагностике острых хирургических заболеваний, однако основными причинами интраоперационных осложнений при лапароскопических операциях у 1,8% больных при остром холецистите, у 2,2% при остром аппендиците, у 14% при остром панкреатите и у 3,1% при травме органов живота являются особенности двухмерного изображения и отсутствие опыта хирурга в объективной оценке получаемого изображения.

Вторую группу составили 412 больных, у которых лапароскопические операции проходили с подключением разработанного авторами программно-аппаратного комплекса дистанционного управления. Данная система построена на основе современных информационных технологий и объединяет в единый комплекс диагностическое и операционное оборудование, а также компьютерную технику, позволяющую оперативно получать достоверную информацию из операционных с анализом изображения в режиме реального времени.

Наиболее ответственным и сложным является применение вычислительной техники в диагностических и интраоперационных целях. Это связано с тем, что для интраоперационных задач используется большой объем разнообразных данных. Однако основным информационным источником, который обрабатывается в реальном режиме

времени, является эндоскопическое изображение.

Эндоскопическое изображение регистрируется при помощи камеры на основе ПЗС матрицы. Для получения изображения используется сложная оптическая система. К факторам, ухудшающим качество изображения, можно отнести пространственные геометрические искажения, возникающие из-за внедрения чужеродной структуры (лапароскопа) и искажения освещения, возникающие из-за возникновения бликов и теней на неровных областях органов.

Для уменьшения влияния искажающих факторов процесс обработки эндоскопических изображений следует разбить на несколько этапов: предобработка изображения; сегментация областей; вычисление характеристик; анализ и визуализация результатов.

Для извлечения полной информации об объектах изображения и использования ее для постановки диагноза необходимо вычислять характеристики объектов изображения: форму, структуру и содержимое объекта, текстурные и денситометрические характеристики и др. На их основе делаются выводы о типе объекта или о качестве изображения.

Проведенные исследования показали, что для основы диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости наибольшую информацию о наличии воспалительного процесса в органе при компьютерном анализе дает исследование изменения топологических особенностей организации сосудов.

Установлено, что выполнение лапароскопических операций, интегрированных с новыми информационными технологиями, позволяет улучшить интраоперационную диагностику и избежать ошибок в принятии решения в 98,4% случаях; снизить осложнения при ЛХЭ с 0,35% до 0; снизить процент напрасных ЛА с 6,6% до 2,7%; при остром панкреатите снизить вероятность постановки диагноза по косвенным признакам с 20,6% до 6,7%; снизить летальность при тяжелой сочетанной травме с 22% до 15%.

Таким образом, применение вычислительной техники позволяет автоматически определять некоторые полезные характеристики для эндоскопической диагностики в реальном режиме времени и на основании объективных критериев, расширить и определить границы возможного использования лапароскопии в экстренной абдоминальной хирургии с наименьшей степенью операционного риска.

ПРОТИВОМИКРОБНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИНТА МЕДИЦИНСКОГО МАРЛЕВОГО, СОДЕРЖАЩЕГО НАНОЧАСТИЦЫ ЗОЛОТА ИЛИ СЕРЕБРА

*Довнар Р.И., Смотровин С.М., Васильков А.Ю.,
Иоскевич Н.Н., Жмакин А.И.*

*УО "Гродненский государственный медицинский
университет",*

г. Гродно, Республика Беларусь

*Государственный университет им. М.В. Ломоносова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. У выделяемых в настоящее время из ран бактериальных штаммов выявляется устойчивость ко многим современным антибиотикам. Это диктует необходимость поиска альтернатив применяемым антибактериальным препаратам. Успехи современной науки позволяют переводить золото и серебро в наносостояние и создавать наночастицы данных металлов. Учитывая, что в мире активно ведутся исследования по разработке новых типов перевязочных материалов [1], исследование противомикробной эффективности бинта медицинского марлевого, содержащего наночастицы золота или серебра, является перспективным направлением.

Цель. Изучение противомикробной эффективности бинта медицинского марлевого, содержащего наночастицы золота или серебра на культуры грамотрицательных и грамположительных микробов.

Материал и методы. В нашем исследовании использовался бинт медицинский марлевый, содержащий наночастицы золота или серебра, размерами 4-30 нм. Для этого образцы обычного бинта марлевого медицинского пропитывались органозолями золота в триэтилаmine или изопропанолем или серебра в изопропанолем, которые были получены методом металло-парового синтеза.

Антибактериальный эффект бинта, содержащего наночастицы золота или серебра, определялся по отношению к грамположительным и грамотрицательным микроорганизмам. В качестве грамположительного микроба мы использовали штамм *Staphylococcus aureus*, в качестве грамотрицательных - штаммы *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa*. Все они были высеваны у больных, находящихся на лечении в отделениях хирургического профиля г. Гродно из раневого отделяемого.

Суспензии бактериальных культур засеивались отдельно на чашки Петри в таком разведении, чтобы при засеивании шпателью на чашку Петри 0,1 мл данной суспензии формировалось после культивирования 100 колониеобразующих единиц (КОЕ). Контролем являлся обычный бинт марлевый медицинский.

После засеивания штаммов микроорганизмов на чашки Петри на них накладывались кусочки обычного бинта марлевого медицинского в качестве контроля, размерами 1,5x4 см, или бинта марлевого медицинского, содержащего наночастицы золота или серебра в опытных группах. Предварительно все виды бинта стерилизовались автоклавированием. После суточного культивирования при 37°C подсчитывалось количество КОЕ по краю бинта на расстоянии в обе стороны от края,

равном диаметру одной колонии.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Количество КОЕ на чашках Петри с обычным бинтом марлевым медицинским *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa* составило $7,00 \pm 0,46$, $15,25 \pm 0,91$ и $5,43 \pm 0,20$ соответственно. На чашках Петри с бинтом марлевым медицинским, содержащим наночастицы золота, после культивирования в течение 24 часов количество КОЕ *Staphylococcus aureus* уменьшилось статистически достоверно, по сравнению с контролем до $5,00 \pm 0,41$ ($p < 0,005$), *Escherichia coli* до $7,75 \pm 0,33$ ($p < 0,0001$) и *Pseudomonas aeruginosa* - до $1,67 \pm 0,31$ ($p < 0,0001$). Культивирование микробов на чашках Петри с бинтом марлевым медицинским, содержащим наночастицы серебра сопровождалось статистически достоверным уменьшением по сравнению с контрольной группой, количество КОЕ изучаемых микробов до $0,33 \pm 0,17$ ($p < 0,0001$), $5,50 \pm 0,50$ ($p < 0,0001$) и $2,31 \pm 0,37$ ($p < 0,0001$), соответственно.

Выводы. Бинт марлевый медицинский, содержащий наночастицы золота или серебра, обладает выраженной противомикробной эффективностью в отношении грамположительных (*Staphylococcus aureus*) и грамотрицательных микробов (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*) и может быть использован в виде средства для местного лечения инфицированных ран. В то же время, механизм антибактериальных свойств наночастиц золота и серебра не установлен и требует проведения дополнительных исследований.

Литература:

1. Winterswijk, P.J. *Tissue Engineering and Wound Healing: An Overview of the Past, Present, and Future* / P.J. van Winterswijk, E. Nout // *Wounds*. - 2007. - Vol. 19(10). P. 277-284.

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

Дорох Н.Н., Богдан В.Г.

УЗ "Городской центр герниологии и бариатрической хирургии",
УЗ "4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко",
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Лечение ожирения является одной из самых актуальных проблем современной медицины. По предварительным данным в Республике Беларусь избыточным весом страдает около 53% населения, с диагнозом "ожирение" на медицинском учете состоят свыше 8,5 тысяч человек. Консервативное лечение помогает больным лишь в начальных стадиях заболевания. При тяжелых степенях ожирения оно либо неэффективно, либо достигнутый с его помощью эффект бывает кратковременным [1, 2].

Цель. Оценить начальные результаты и эффективность отдельных видов бариатрических вмешательств в

комплексном лечении морбидного ожирения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 87 больных с морбидным ожирением. В группу контроля вошли 19 пациентов, лечившихся консервативно (с помощью психотерапии, диетотерапии, механотерапии, физиотерапии и т.д.) в условиях Минского городского эндокринологического диспансера в 2006-2007 гг.

Основную группу наблюдения составили 68 пациентов (56 женщин и 12 мужчин), находившихся на лечении в Минском городском центре герниологии и бариатрической хирургии на базе отделения общей хирургии УЗ "4-я клиническая больница им. Н.Е. Савченко" г. Минска с апреля 2005 г. по настоящее время. Средний возраст пациентов составил $49,8 \pm 6,7$ лет. Сопутствующая патология имела у всех больных основной группы; более 5 заболеваний выявлено у 55,6% пациентов. У всех пациентов индекс массы тела (ИМТ) превышал значение 45 кг/м^2 , составив при этом $48,4 \pm 1,9 \text{ кг/м}^2$.

Выбор варианта бариатрической операции проводился на основании величины ИМТ, возраста пациента, характера сопутствующей патологии, а так же в соответствии с установленным по психологическому анкетированию и ведению дневника питания типом нарушения пищевого поведения. Выявленные в дооперационном периоде психологические девиации являлись противопоказанием для выполнения хирургического лечения морбидного ожирения.

У 41 пациентам (60,3%), подвергшемуся хирургическому лечению, выполнены гастрощунтирующие операции в нашей модификации. 12 пациентам (17,4%) произведено открытое нерегулируемое бандажирование желудка с формированием маленького резервуара (~20 мл) в кардиальной зоне. 14 пациентам (20,5%) выполнен разрабатанный авторами вариант илеощунтирующей операции как в качестве I этапа лечения ожирения, так и в качестве основного вида оперативного лечения. 1 больному (1,4%) произведено билиарно-панкреатическое шунтирование. У 35 больных (51,5%) выполнены симультантные операции.

Результаты и обсуждение. У всех оперированных больных отмечалось относительно гладкое течение раннего послеоперационного периода. Летальных исходов не было. У 12 пациентов (17,6%) зарегистрированы осложнения. У 10 из них (14,7%) отмечены местные осложнения со стороны послеоперационной раны и у 2 пациентов (2,9%) - тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей.

Прослежены отдаленные результаты хирургического лечения больных в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Наиболее прогрессивное снижение массы тела отмечено после хирургического лечения ожирения в течение первого года после операции, достоверно уменьшаясь при желудочном шунтировании в 1,8 раз по сравнению с исходным уровнем (с $46,9 \pm 0,42$ до $26 \pm 0,38 \text{ кг/м}^2$; $z = 2,201398$; $p = 0,027709$, Wilcoxon). В сроки 1-2 лет все виды хирургической коррекции ожирения приводили к достоверному снижению показателя ИМТ по сравнению с консервативным лечением ($p < 0,05-0,01$).

Выводы.

1. Бариатрические операции являются ведущим

методом лечения больных с морбидным ожирением.

2. Индивидуальный подход при выборе способа бариатрической операции должен учитывать психологический тип нарушения пищевого поведения пациента.

Литература:

1. *Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко; авт.: Е.Н. Андреева [и др.]. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - 456 с.*

2. *Седлецкий, Ю.И. Современные методы лечения ожирения / Ю.И. Седлецкий. - СПб.: Элби-СПб, 2007. - 416 с.*

НОВЫЙ МЕТОД ЛОКАЛЬНОГО РАЗРУШЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ ЭНЕРГИЕЙ СВЕРХВЫСОКИХ ЧАСТОТ

*Загайнов В.Е., Костров А.В., Стриковский А.В., Янин Д.В., Васенин С.А., Горохов Г.Г., Шкалова Л.В.
ФГУ Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России,
Учреждение российской академии наук
Институт прикладной физики РАН,
ГОУ ВПО НижГМА Росздрава,
г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

В практической онкологии широко используются методы локального разрушения тканей или абляции. Среди способов локальной гипертермии наиболее используемый метод - радиотермоабляция.

В то же время радиотермоабляция обладает рядом существенных недостатков: необходимость применения второго электрода, зависимость размеров и формы зоны поражения от электропроводности окружающих тканей, длительность процедуры. Поиск новых методов абляции актуален, так как непосредственные и отдаленные результаты при соблюдении селективных показаний близки к хирургическим. Возможности доставки значительного энергетического импульса в биологические ткани существенно возрастают при повышении его частоты. Переход в гигагерцовый диапазон позволяет передать мощный импульс за короткий промежуток времени. При разработке и конструировании нового аппаратного комплекса применены методы математического моделирования и использованы результаты стендовых испытаний.

Рабочей группой был создан аппаратный комплекс, работающий в гигагерцовом диапазоне. Для контактного СВЧ воздействия на биологические ткани были разработаны различные сменные рабочие части. Абляция паренхиматозных органов (печень, почка) и абляция миоматозных узлов в матке производится жесткой антенной в виде иглы длиной 250 мм и диаметром 2,5 мм. Во избежание нагрева тканей по ходу пункционного канала корпус иглы имеет водяное охлаждение. Для работы в полых органах создан гибкий коаксиал диаметром 1,5 мм, свободно помещаемый в биопсийный канал эндоскопов.

Для оценки эффективности работы комплекса был проведен острый эксперимент на крупных лабораторных животных (свиньи). Выполнялось локальное воздействие

энергии СВЧ на паренхиматозные органы (печень, почка, поджелудочная железа) путем погружения рабочей части антенны в толщу органа. При работе с полыми органами ЖКТ гибкий коаксиал приводили в контакт со слизистыми оболочками желудка, тонкого и толстого кишечника. После воздействия энергии СВЧ выдерживалась пауза не менее одного часа для манифестирования сосудистых реакций. Результат воздействия оценивали путем изучения биологических тканей методами световой и электронной микроскопии.

В паренхиматозных органах морфологические изменения имели сходный характер с некоторыми индивидуальными особенностями органа. Общим было образование трех зон в месте контакта с рабочей частью электрода. Первая зона, непосредственно контактирующая с антенной-иглой, демонстрировала коагуляционный некроз ткани за счет высокой температуры. Особенностью второй зоны, названной пограничной, было формирование некроза ткани как за счет физического воздействия (высокая температура), так и за счет ишемическо-гипоксического фактора вследствие разрушения сосудов и последующих микрососудистых расстройств. Повреждение биологических тканей в самой наружной зоне, или периферической, имело ишемическо-гипоксическую природу. Размер зон поражения зависел только от прилагаемой мощности и времени воздействия.

В стенках полых органов желудочно-кишечного тракта некроз слизистого и подслизистого слоев демонстрировал выявленные ранее зоны поражения биологической ткани за счет воздействия энергии СВЧ.

Таким образом, созданный аппаратный комплекс для локального разрушения биологических тканей энергией СВЧ позволяет за короткий промежуток времени произвести абляцию биологических тканей заданного объема. Природа формирования некроза ткани имеет физическую природу (высокая температура) и ишемическо-гипоксическую. Разработанная технология обладает значительными перспективами использования в клинической практике.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА НА ОСНОВЕ ПОЛИАМИДА, МОДИФИЦИРОВАННОГО НАНОЧАСТИЦАМИ СЕРЕБРА

*Кабешев Б.О., Шевченко Н.И., Бонцевич Д.Н.,
Князюк А.С., Васильков А.Ю.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека,
г. Гомель, Республика Беларусь
Московский государственный университет им.
Ломоносова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. На сегодняшний день при современном развитии медицинской науки и техники в процессе хирургического оперативного вмешательства соединение

органов и тканей в большинстве случаев достигается путем сшивания. В этой связи работы, посвященные изучению и улучшению свойств хирургического шовного материала, по-прежнему актуальны. Требования к свойствам шовного материала стали более дифференцированными. В зависимости от вида оперативного вмешательства, сшиваемых тканей, патологических изменений, физиологии хирурга стараются использовать шовный материал с определенными свойствами. Актуальны работы по получению шовного материала с антиагрегантными, антикоагулянтными, противоопухолевыми и биоинертными свойствами. Много работ посвящено получению и изучению шовного материала с антибактериальными свойствами. От свойств шовного материала значительно зависит возможность развития инфекционных осложнений [1]. При изучении кишечного шва выяснилось, что микроорганизмы, проникая в ткани зоны шва через открытые края, лигатурные и раневые щели, вызывают воспалительный процесс и инфицирование брюшной полости [2]. В отношении наночастиц серебра существует много работ демонстрирующих их антибактериальные свойства [3].

Цель. Изучение антибактериальных свойств шовного материала, модифицированного наночастицами серебра.

Материал и методы. Использовали капроновые нити 3 метрического размера, модифицированные наночастицами серебра. Антибактериальную активность проверяли в отношении штаммов: ATCC (American Type Culture Collection) 25923 *St.aureus*, ATCC 25922 *E.coli*, ATCC 27853 *Ps.aeruginosa*. Готовили суспензию микроорганизмов плотностью 0,5 по Мак-Фарланду. Образец исследуемой нити помещали в суспензию микроорганизмов. Инкубировали в течение 4, 6, и 8 часов. После чего 0,1 мл суспензии помещалось на плотную питательную среду, и инкубировали 18 часов. Затем производился подсчет КОЕ.

Результаты и обсуждение. В результате исследования выявлено антибактериальное влияние модифицированного шовного материала, в отношении всех микроорганизмов использованных в опыте. В большей степени это влияние было выражено в отношении *E.coli*, где после 4-х часовой экспозиции исследуемого материала процент редукции КОЕ составил 99,9%. Более устойчивыми в течение 4-х часовой экспозиции оказались штаммы *St.aureus* и *Ps.aeruginosa*. Дальнейший ход исследований показал, что после 6 и 8 часовой экспозиции шовного материала процент редукции КОЕ продолжал увеличиваться и составил от 99,1% до 100%.

Выводы. Шовный материал, модифицированный наночастицами серебра, обладает антибактериальной активностью. В большей степени антибактериальная активность исследуемого шовного материала была выявлена в отношении *E.coli* после 4 часовой экспозиции. После 6 и 8 часовой экспозиции констатируется статистически одинаковая антибактериальная активность в отношении штаммов *St.aureus*, *E.coli*, *Ps.aeruginosa*.

Литература.

1. Буянов, В. М. Хирургический шов / В. М. Буянов, В. Н. Егиев, О. А. Удотов. - График Групп, 2000. - 93 с.
2. Шотт, А. В. Кишечный шов / А. В. Шотт, А. А. За-

порожец, В. Ю. Клинецвич. - Минск: Беларусь, 1983. - 160 с.

3. *Synthesis and effect of silver nanoparticles on the antibacterial activity of different antibiotics against Staphylococcus aureus and Escherichia coli* / A. R. Shahverdi [et al.] // *Nanomedicine: Nanotechnology, Biology, and Medicine* - 2007. - N 3. - P. 168-171.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КИШЕЧНОГО ШВА И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОДНОРЯДНОГО П-ОБРАЗНОГО СЕРОЗНО-МЫШЕЧНОГО ШВА

Кипель В.С.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

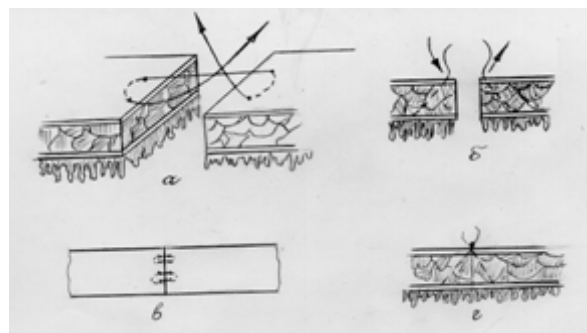
г. Минск, Республика Беларусь.

Проведенные исследования позволили использовать теоретические положения при разработке нового кишечного шва. При этом были учтены следующие моменты:

1. Применение инертного (в биологическом отношении) шовного материала;
2. Лигатуры шва не должны проходить через просвет кишки и раневую щель сшиваемых концов кишки;
3. Лигатура должна располагаться в тканях сшиваемых концов кишки и не захватывать слизистую оболочку.
4. Лигатуры кишечного шва не должны сдавливать сосуды, питающие кишку;
5. Наложение шва должно сопровождаться хорошей адаптацией слизистой и остальных кишечной стенки;
6. Накладываемый шов должен обеспечивать удовлетворительную компрессию сшиваемых тканей;
7. Кишечный шов должен обеспечивать высокую биологическую герметичность и достаточную механическую прочность;
8. Наложение шва не должно сопровождаться выраженной травмой сшиваемых тканей.

С учетом перечисленных выше теоретических

Рис. Схемы наложения предложенного кишечного шва



- а- проведение лигатур через серозный и мышечный слой, б-ход лигатуры в толще стенки кишки, в- вид шва со стороны брюшины после завязывания лигатур, г-контакт всех слоев стенки после наложения шва.

Таблица . Основные показатели предложенного однорядного П-образного серозно-мышечного шва через 2 суток после наложения кругового соустья тонкой кишки викриловой лигатурой

№ опы- та	Количество энтеробактерий в 1 мл смыва					Пневмопрессия (мм рт.ст.)	Выраженность спаечного про- цесса
	Во время операции из просвета кишки	через 2 суток после операции					
		с кишечной петли на удалении от соустья	с брюшины в зоне соустья до отделения тканей	с брюшины со- устья после отделения при- нававшихся тка- ней	из про- света соустья		
1	-	0	2,6x10 ⁶	3x10 ⁵	1,2x10 ⁶	140	+
2	2,2x10 ⁷	1,3x10 ⁵	1,6x10 ⁴	1,3x10 ⁵	10 ⁹	60	++
3	3x10 ⁷	5,5x10 ⁵	0	0	1,6x10 ⁹	300	++
4	3,1x10 ⁷	0	0	0	1,1x10 ⁹	160	++
5	10 ⁵	0	0	0	10 ⁶	300	+
6	-	0	0	7,2x10 ⁵	1,1x10 ⁹	300	++
-	2,1x10 ⁷ ±	1,1x10 ⁵ ±	4,4x10 ⁵ ±	1,9x10 ⁵ ±	8x10 ⁹ ±	210±42	
x ±Sx	±10 ⁷	±9x10 ⁴	±4,2x10 ⁵	±10 ⁵	±2x10 ⁹		

положений кишечного шва и требований, предъявленных к нему, нами разработан и апробирован однорядный П-образный серозно-мышечный шов. Наложение шва осуществляется следующим образом (рис.).

Анастомозируемые концы кишки сопоставляют. Вкол иглы производят на расстоянии 1-2 мм от края ушиваемой кишки. Иглу проводят на глубину 3 мм под углом 45° к поверхности брюшины и выводят на расстоянии 3-4 мм от вкола и 1-2 мм от края ушиваемой кишки. На противоположном крае кишки производят вкол на расстоянии 1-2 мм от края и иглу проводят на глубину 3 мм под углом 45° к поверхности брюшины с тем, чтобы вкол иглой был на расстоянии 1-2 мм, от края ушиваемой кишки и напротив первичного вкола на противоположном крае. Получается П-образный шов, лигатуры которого проведены через серозный и мышечный слой, под углом 45° к поверхности брюшины. При завязывании такого шва сближаются края ушиваемой кишки таким образом, что все слои разреза сопоставляются друг с другом - получается послойная адаптация краев кишки. Такие П-образные узловые швы накладывают друг от друга на расстоянии 3-4 мм по всему периметру анастомозируемой кишки. Затягивают наложенные швы с умеренной силой так, чтобы не было гофрирования краев и чрезмерного сдавливания тканей. Погружные серозно-мышечные швы не накладывают. Предложенный шов исключает захлест тканей и сдавление сосудов питающих края кишечной раны, поэтому гемостаз в области пересеченной кишки осуществляют по общим правилам. Кровотокающие сосуды кишки перевязываются отдельными лигатурами и при достижении полного гемостаза приступают к формированию анастомоза.

Экспериментальные испытания предложенного шва проведены в 9-ой серии опытов на 6 собаках. Соустье тонкой кишки формировали конец в конец викриловой лигатурой 3/0. Результаты исследований учитывали через 2 суток (табл.).

У всех животных во время релапаротомии в брюшной полости отсутствовал выпот и признаки перитонита. Смывы с кишечной петли на удалении от места операции и смывы с брюшины соустья были инфицированы только в 2 опытах, а смывы с брюшины соустья после отделения

припаявшихся органов и тканей - в 3 из 6 опытов. В инфицированных смывах содержалось от 10⁴ до 10⁶ энтеробактерий в 1 мл смыва. Спаечный процесс был не выражен: в 2 опытах к соустью был рыхло припаян сальник, в 4 - сальник и участок кишечной петли.

Литература:

1. Шотт, А. В. Кишечный шов / А. В. Шотт, А. А. Запорожец, В. Ю. Клинецвич. - Минск: Беларусь, 1983. - 160 с.
2. Ceraldi, C. M. Comparison of continuous single layer polypropylene anastomosis with double layer and stepped anastomoses in elective colo resection / C. M. Ceraldi, E. B. Rypins, M. Monahan // Amer. J. Surg. - 1993. - Vol. 59, N 3. - P. 168-171.
3. Шотт, А. В. Теория и практика кишечного шва / А. В. Шотт, В. С. Кипель. - 2006. - С. 178.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ НИТЕЙ С ЦИПРОФЛОКСАЦИНОМ

Князюк А.С., Бонцевич Д.Н., Кабешев Б.О.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на значительные достижения в хирургии, появление новых антисептиков и антибактериальных препаратов частота развития гнойных послеоперационных осложнений остается достаточно высокой и составляет, по данным различных авторов, от 2 до 30% от числа операций [1, 2].

В настоящее время микробиологи установили, что имплантированный материал очень быстро колонизируется патогенной микрофлорой по причине того, что все бактерии и многоклеточные грибы при размножении образуют сообщества, защищенные от окружающей среды дополнительными оболочками - внеклеточными мембранами, получившими название биопленки. Результатом образования сообществ и биопленок является

Таблица. Антибактериальная активность нитей

Нити	Средние значения зон задержки роста, мм			
	Без вымачивания	1 день	3 дней	7 дней
ПП+АБ	18	11	9	7
Контроль 1	4	0	0	0
Контроль 2	0	0	0	0

выживание бактерий и грибов в присутствии антибиотиков в количествах в 10-100 раз больших, чем минимальная подавляющая концентрация. Системное введение антибиотиков малоэффективно. С учетом этой ситуации, целесообразно воздействие антимикробными соединениями на находящиеся в биопленке микроорганизмы изнутри - с поверхности шовного материала [3].

Цель. Оценить эффективность подавления роста микроорганизмов при использовании нити с антибиотиком - полипропилен +антибиотик (ПП+АБ).

Материал и методы. В качестве основы использованы монофиламентные нити из полипропилена (ПП) условного номера 2/0:3 метрического размера. Полипропиленовую нить для придания ей ионообменных свойств модифицировали с помощью метода радиационной прививочной полимеризации. В качестве антибактериального компонента использован ципрофлоксацин (АБ).

Модифицированную полипропиленовую нить вымачивали в растворе антибиотика в течение 24 часов, затем нити сушили в течение суток при температуре 25°C. Затем 10 см каждой нити погружали в 5 мл физиологического раствора на 1, 3, 7 дней при температуре 37°C со сменой физиологического раствора. С целью изучения антибактериальной активности нити подвергали бактериологическому исследованию. О степени выраженности антибактериальной активности судили по диаметру (в миллиметрах) зоны задержки роста на плотной питательной среде Мюллер-Хинтон тест-культуры Staph.aureus ATCC (American Type Culture Collection) 25923 вокруг образцов нитей через 1, 3, 7 дней вымачивания. Контролем явились немодифицированная полипропиленовая нить с антибиотиком (контроль 1) и модифицированная нить без антибиотика (контроль 2).

Результаты и обсуждение. По данным исследований, исходная антибактериальная активность нитей на твердой питательной среде проявлялась в зоне до 18 мм вокруг нитей.

При вымачивании нитей в физиологическом растворе происходит диффузия ципрофлоксацина в раствор, соответственно при смене физиологического раствора уменьшается концентрация антибиотика и уменьшается антибактериальная активность.

Благодаря наличию у модифицированной полипропиленовой нити ионообменных свойств, что позволяет больше и дольше "удерживать" антибиотик, отмечается длительное сохранение антибактериальной активности (7 дней). (Таблица)

Выводы.

1. По данным исследований *in vitro*, исходная антибактериальная активность нитей на твердой питательной среде проявлялась в зоне до 18 мм вокруг нитей, что вполне перекрывает расстояние между соседними швами в ране.

2. Модифицированная полипропиленовая нить более длительно сохраняет антибактериальную активность (7 дней) - что вполне достаточно для заживления раны.

Литература:

1. Буянов, В. М. Хирургический шов / В. М. Буянов, В. Н. Егиев, О. А. Удотов. - График Групп, 2000. - 93 с.
2. Байчоров, Э. Х. Современный шовный материал, применяемый в хирургии / Э. Х. Байчоров, Л. М. Дубовой, А. Д. Пасечников // Здоровье - системное качество человека: сб. ст. - Ставрополь, 1999. - С. 328-334.
3. Тец, В. В. Микроорганизмы и антибиотики. Сепсис / В.В. Тец, - СПб.: Эскулап, 2003. - 154 с.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В СТРУКТУРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ КИШЕЧНИКА

Костюченко Л.Н.

ЦНИИ гастроэнтерологии,
г.Москва, Российская Федерация

Актуальность. Синдром короткой кишки (СКК) сопровождается жизненно опасными нарушениями нутритивного статуса при резекции объемом более 75% [1]. В последнее время, благодаря достижению хирургической техники, выживают пациенты даже с суперкороткой кишкой. Большинство авторов считает, что остаток тонкой кишки менее 50 см не дает ей возможности адаптироваться к естественному питанию. Обеспечение нутритивной поддержки у такого контингента является жизненно необходимым.

Цель. Определение тактики нутриционной поддержки у пациентов с суперкороткой тонкой кишкой.

Материал и методы. В ЦНИИГ в 2005-2009 годах наблюдали 170 пациентов с последствиями резекции кишечника. Все пациенты с СКК различной степени тяжести в зависимости от объема и уровня резекции. Среди них: 39 человек вследствие операций по поводу тромбоза сосудов брыжейки тонкой кишки, 24 - по поводу язвенного колита, 15 - по поводу болезни Крона, 4 - по поводу полипов кишечника, 92 - по поводу кишечной непроходимости различного генеза. По уровню резекции: 42 человека - после тонко-толстокишечной резекции, 26 - после гемиколэктомии, 87 - после изолированной резекции тонкой кишки. По объему резекции мы выделяли обширные и большие резекции. К обширным отнесены группы больных: 1) с короткой кишкой от 75-80 см до 2 метров, 2) с суперкороткой кишкой вплоть до 15-35 см. К большим резекциям отнесены больные после резекций с остатком кишки более 2 метров. Помимо общепринятых клинико-лабораторных методов оценивали электрическую активность кишечника, пищеварительно-транспортную функцию по биотесту и клиническим гастроэнтерологическим симптомам, степень активности толстокишечной микробиоты по результатам исследования короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК) в копро-

фильтрате. Все полученные результаты оформляли в виде алиментационно-волемиического диагноза [2].

Результаты и обсуждение. В зависимости от сроков с момента операции наряду, с приспособительными механизмами в зоне полостного гетерофазного и пристеночного пищеварения существенную роль в усвоении питательных веществ играют пищеварительные и синтетические эффекты кишечной микробиоты. Одним из механизмов развития нутритивной недостаточности при СКК является изменение активности микробиоты либо за счёт повышенного микробного роста, транслокации и дисбаланса кишечной флоры, либо за счёт угнетения ее метаболизма. При этом короткоцепочечные жирные кислоты являются одним из маркеров активности кишечной микрофлоры. Тактика нутритивной поддержки должна учитывать концентрационные и спектральные характеристики КЦЖК копрофильтрата как параметров, указывающих на функциональную несостоятельность микробного компонента пищеварения. При этом в зависимости от показателей КЦЖК (характеризующих избыточный бактериальный рост или сниженную активность микрофлоры) в структуру нутритивной поддержки вводят смеси, предварительно обработанные либо нифуроксазидом, либо мукофальком. В целом, метаболическое нутритивное лечение при СКК разделяют на 3 периода: ранний - послеоперационное возмещение потерь жидкости и электролитов, второй - адаптация кишки, пик которой приходится на 12-24 месяца после резекции, третий - долгосрочное лечение. Анализируя адаптивные возможности и периодичность резкого ухудшения состояния больных с суперкороткой кишкой, 1 раз в 2 -2,5 месяца они подлежат обязательной госпитализации для коррекции метаболических нарушений.

Выводы. Суперкороткая кишка вынуждает пациентов практически всю жизнь находиться на смешанном парентерально-энтеральном питании или сочетании пероральной и парентеральной алиментации, что ставит во главу угла две проблемы:

- 1) организация службы обеспечения клинической алиментации на дому;
- 2) определение показаний для трансплантации у данной категории больных.

Литература:

1. Основы клинического питания / Под ред. Л. Сободека.- М, 2003.- С.278-292.
2. Нутритивная поддержка при воспалительных заболеваниях кишечника: методические рекомендации/ Костюченко Л.Н., Парфёнов А.И., Кузьмина Т.Н. и др. / М.: Анахарсис, 2009 - 48 с.

НЕЙРОМЫШЕЧНЫЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИЙ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Лызикова Т.В., Батько Е.А.

УО "Гомельский государственный медицинский университет"

У "Гомельская областная клиническая больница", г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Общая анестезия с использованием внутривенных и/или ингаляционных анестетиков и мышечных релаксантов по-прежнему является наиболее распространенным методом анестезии. Основные требования, предъявляемые данному методу - эффективность, безопасность, управляемость и экономичность - не утратили своей актуальности и в настоящее время [1].

Цель. Оценить возможности нейромышечного мониторинга при выполнении операций с использованием мышечных релаксантов.

Материал и методы. Исследование проводилось у 45 пациентов, оперированных в плановом порядке по поводу различной патологии ЖКТ под общей эндотрахеальной анестезией с ИВЛ. Мониторинг нейромышечного блока (НМБ) проводился посредством модуля NMT Datex-Ohmeda S/5 Anaesthesia Monitor датчиком MechanoSensor в режиме стимуляции Train of Four (TOF). Мониторинг начинался после индукции наркоза до введения релаксанта, заканчивался перед экстубацией пациента. Определялось исходное значение TOF, далее при углублении релаксации - TOF % от исходного значения. Когда на 4 импульса поступало менее 4 ответов - TOF не рассчитывался, и степень НМБ определялась числом ответов - count. Задавались границы тревог count, и сообщения о восстановлении проводимости режима NMT (NMT Recovery Note) показывало, что пациент отвечает на стимуляцию и НМБ уменьшается. Все пациенты поделены на 3 группы: в 1-й группе (n = 10) миоплегия обеспечивалась эсмероном, во 2-й (n = 18) - тракриумом, в 3-й (n = 17) - аркуроном. Характеристика групп представлена в таблице 1.

Результаты и обсуждение. Кратность введения поддерживающей дозы миорелаксанта определялась появлением сообщения о восстановлении проводимости режима NMT (NMT Recovery Note), показателями TOF / count. Решающее значение в определении момента экстубации, наряду с клиническими данными (реакция

Таблица 1.

	эсмерон	тракриум	аркурон
Возраст	50,8 ± 10,63	48,69 ± 15,35	52,55 ± 10,57
Вес	79,9 ± 17,05	82,76 ± 16,7	83,88 ± 29,12
ASA I/II/III	1/9/0	0/9/9	0/4/13
Длит. операции	57 ± 17,35	62,69 ± 26	153,33 ± 55,90

Таблица 2.

	Эсмерон (n = 10)	Тракриум (n = 18)
TOF, %	65,3 ± 25,02	60,15 ± 29,93
count	4	3,69 ± 0,75
Нарушения вентиляции, n	2	4

на интубационную трубку, способность поднять голову, сжать руку и т.д.) имело значение TOF / count. В группе с использованием аркурония возможность оценить НМБ на момент экстубации была ограничена, т.к. ввиду продолжительности и травматичности операции экстубация проводилась в палате посленаркозного пробуждения или ОРИТ. Средние значения TOF, count перед экстубацией и количество случаев вентиляционных нарушений отражены в таблице 2.

После экстубации вентиляционные нарушения со снижением сатурации до 80 - 86 % возникли у 2 пациенток 1-й группы и 4 пациенток 2-й группы. Экстубация в этих случаях проводилась при значениях TOF 30 - 44 %, хотя по клиническим данным было впечатление, что мышечный тонус восстановился хорошо. После ингаляции кислорода, декураризации состояние пациентов стабилизировалось.

Выводы. Использование мониторинга НМБ при выполнении анестезиологического обеспечения с использованием мышечных релаксантов способствует повышению качества последнего, т.к.

- позволяет поддерживать стабильный уровень релаксации, что особенно актуально при выполнении операций с использованием оптики и микрохирургической техники;

- позволяет подобрать дозу миорелаксанта индивидуально;

- способствует снижению вентиляционных нарушений, вызванных остаточным нейромышечным блоком, т.к. для решения вопроса об экстубации не всегда достаточно только клинических данных.

Литература:

1. Postoperative residual curarization with cisatracuronium and rocuronium infusions./ Cammu G. [et al] // Eur.J.Anaesthesiol. - 2002.- vol. 19 - pp.129-134.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ОЖОГОВ

Меламед В.Д., Рандаревич А.В.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Для разработки новых методов лечения ожогов актуально создание эффективной модели экспериментальной ожоговой раны с последующим варьированием возможных условий для выявления оптимальных вариантов лечения. К недостаткам известных способов моделирования ожоговой раны относятся невозможность моделирования ожогов различной степени тяжести, поддержание строго заданной температуры, обуславливающей моделируемую степень ожога [1, 2, 3].

Цель. Создание устройства, позволяющего моделировать стандартную по площади ожоговую поверхность различной степени поражения у крыс.

Материал и методы. Разработанное устройство для моделирования экспериментальной ожоговой раны (рис.)

состояло из нагревательного элемента (1), нако-нечника круглой формы диаметром 2 см и толщиной 1см (3), электронной схемы регулирования напряжения (4), термопары (5), цифрового мультиметра (6). Наконечник выполнен из меди, так как медь обладает высокой теплопроводностью, что обеспечивало равномерное нагревание всей поверхности пластины. Регулятор напряжения (4) был подсоединен к нагревательному элементу через ручку (2) посредством провода и позволял задавать необходимые параметры напряжения на нагревательный элемент. С помощью термопары контролировали заданную температуру на наконечнике при моделировании ожога.

Под эфирным наркозом производили удаление шерсти, выбривание подшерстка и обработку антисептиками участка кожи лабораторной крысы. Нагревательный элемент через электронную схему регулирования напряжения подсоединяли к сети. Термопару подключали к цифровому мультиметру и присоединяли непосредственно к наконечнику для контроля температуры режима на нем. Наконечник прикладывали к обработанной коже. Время моделирования ожоговой раны определялось с помощью секундомера, и было обусловлено задачами эксперимента. Для моделирования ожоговой раны использовались следующие температурные режимы: 60°; 70°; 80°; 90°С при временной экспозиции 3 и 5 секунд.

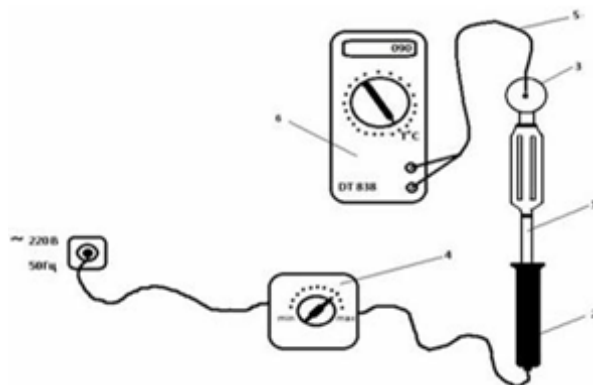
Результаты и обсуждение. В случае температурного режима на наконечнике 60°С при экспозиции 3 секунды воздействия на десятки суток у крысы происходило отторжение струпа, на месте которого имели место единичные эпителизированные участки. При воздействии в течении 5 секунд и температуре наконечника 90°С имел место струп коричневого цвета, после иссечения которого отчетливо определялось поражение всех слоев кожи.

Выводы. Разработанное устройство позволяет воспроизвести ожоговую поверхность у экспериментальных животных с последующей возможностью разработки новых эффективных способов лечения ожоговых ран в зависимости от степени поражения.

Литература:

1. Болтовская, В.В. Патоморфология раневого процесса в зоне глубокого ожога в условиях применения низкоинтенсивного электромагнитного излучения: автореф. ... канд. мед.

Рис. Общий вид устройства для моделирования ожога



наук / В.В. Болтовская. - Саратов, 2006. - 19 с.

2. Имашева, А.К. Особенности регенераторных процессов кожи при термических ожогах / А.К. Имашева, М.В. Лазыко / Успехи современного естествознания. - 2008. - №7. - С. 45-47.

3. Легеза, В.И. Актуальные вопросы экспериментального моделирования термических ожогов кожи / В.И. Легеза, В.Н. Хребтович, Е.В. Зиновьев // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 2004. - Т.2 - С. 25 -28.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

Меламед В.Д., Рандаревич А.В.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Отморожения являются одним из наиболее тяжелых видов травм, которые приводят к длительной потере трудоспособности в 20-94% случаев, часто являясь причиной пожизненной инвалидности. Средняя продолжительность лечения отморожений более, чем в два раза превышает длительность лечения больных с ожогами. Поэтому актуальны разработки экспериментальной модели контактных отморожений [1] для дальнейшего изучения вопросов патогенеза и изыскания новых методов лечения этого контингента больных.

Цель. Создание устройства, позволяющего моделировать стандартную по площади охлаждаемую поверхность различной степени поражения у лабораторных крыс.

Материал и методы. Разработанное устройство (рис. 1,2) состояло из медного холодогового контейнера (3) в форме закрытого цилиндра диаметром 25 мм, высотой 10 мм, в верхнем основании которого, отступив от края по направлению в центр на 2 мм, впаяна входная медная канюля (4) диаметром 3 мм и высотой 7 мм, к которой подсоединен шприц без поршня (5). С противоположной стороны цилиндра на боковой поверхности на расстоянии 1 мм от нижнего основания впаяна аналогичная выходная канюля (6), к которой подсоединена полихлорвиниловая трубка (7) диаметром 5 мм с надетым на нее зажимающим устройством (10). В холодовом контейнере находилась термопара (8) для фиксации температуры, наружный конец которой подсоединен к цифровому мультиметру (9). Все элементы, кроме нижнего основания камеры и выводной трубки, теплоизолированы войлоком (1) толщиной 5 мм и алюминиевой фольгой (2). Под эфирным наркозом производили удаление шерсти в межлопаточной области лабораторной крысы. Не теплоизолированной частью холодогового контейнера прикладывали к обработанной коже. Охлажденный 40% - спиртовой раствор через шприц, одетый на входную канюлю, поступал в холодогового контейнер. При помощи зажимающего устройства, помещенного на полихлорвиниловую трубку, одетой на выходную канюлю, регулировали скорость протекания спиртового раствора для создания постоянного холодогового воздействия.

Рис.1 Общий вид устройства для моделирования отморожений

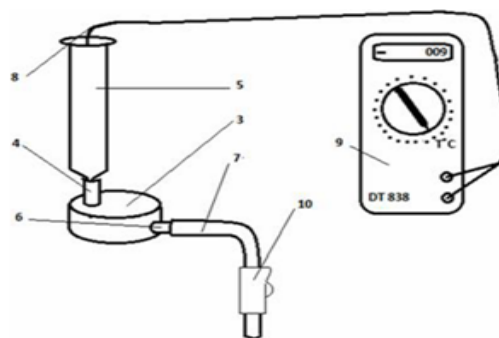
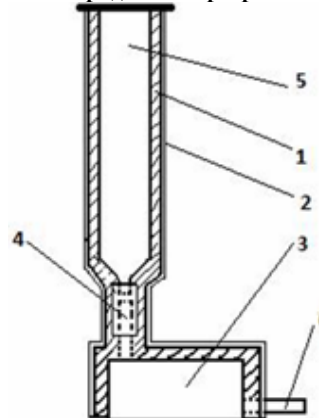


Рис. 2 Устройство для моделирования отморожений в продольном разрезе



Результаты и обсуждение. Регистрируемая температура в контейнере составляла от -7° до -9°C ввиду постоянной циркуляции 40% спиртового раствора, предварительно охлажденного до -15°C . Время экспозиции холодогового воздействия варьировало от 20 до 40 минут. На 10-е сутки в месте отморожения отмечались морщинистость и бледность кожи, петехии, изъязвления, выраженность которых находилась в зависимости от времени холодогового контактирования.

Выводы. Варьируя параметрами температурного воздействия и временного фактора, с помощью разработанного устройства создавали контактное отморожение в интересах поставленных экспериментом задач.

Литература:

1. Таранова, Е.В. Пути повышения эффективности лечения отморожений (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Е.В. Таранова. - Курск, 2009. - 22 с.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Нечаенко А.М.

РНЦХ им. академика Б.В. Петровского
РАМН,

г. Москва, Российская Федерация

Инородные тела брюшной полости остаются актуаль-

ной проблемой в практике общей хирургии до настоящего времени, интерес к которой поддерживается существующим несоответствием между реальным количеством случаев ятрогенных инородных тел и немногочисленными публикациями, посвященными этой теме. С недостаточной гласностью связано, по-видимому, и отсутствие единой диагностической и лечебной тактики при инородных телах, оставленных в брюшной полости. Довольно широко распространена точка зрения о возможном неосложненном или бессимптомном пребывании инородных тел в брюшной полости и вытекающем отсюда отсутствии необходимости оперативного лечения. С другой стороны, пребывание инородных тел в брюшной полости может привести к таким осложнениям, как кишечная непроходимость, перитонит, абсцесс брюшной полости, послеоперационный свищ, спаечная болезнь и другим, а также симулировать опухолевое поражение. Общая летальность при инородных телах брюшной полости колеблется от 1% до 40% и более. Среди оставленных предметов доминируют марлевые салфетки - 74,8%, второе - третье места делят "ускользнувшие" дренажи и катетеры - 20,4% и инструменты - 2,7% случаев. Длительность пребывания инородных тел в брюшной полости и характер возникающих осложнений зависят от локализации, размеров и инфицированности инородных тел. По мнению ряда авторов, инородные тела не имеют характерных клинических признаков и о их наличии "можно только предполагать". Другие выделяют три клинических формы течения процесса, ассоциированного с инородным телом: острую, ремитирующую и хроническую. И если в первых двух случаях необходимость удаления инородного тела бывает продиктована симптомами отграниченного гнойного процесса, инфильтрата или перитонита, острой кишечной непроходимостью, сопровождающихся воспалительными изменениями в анализах крови, то в третьем случае после ремиссии разной продолжительности могут появляться поздние симптомы и осложнения. Вероятно, эта клиническая форма и представляет наибольшие диагностические и тактические трудности. В настоящее время с учетом развития высокоинформативных методов диагностики (КТ, МРТ, ультрасонография), к использованию которых должно подталкивать клиническое течение заболевания, и появившаяся возможность использования малоинвазивных вариантов хирургических вмешательств, точка зрения на хирургическую тактику должна быть переосмыслена. Цель данной публикации - показать интересный случай из практики абдоминальной хирургии в виде длительного нахождения инородного тела в брюшной полости, отсутствие настороженности при обследовании больных, ранее перенёвших оперативные вмешательства и возможность современного хирургического лечения. Больная Д., 58 лет обратилась к травматологу районной поликлиники с жалобами на боли в обоих тазобедренных суставах, поясничном отделе позвоночника, нижних отделах живота без чёткой локализации, которая беспокоили больную в течение 2 лет и имели тенденцию к усилению. Был установлен диагноз полисегментарного остеохондроза поясничного отдела позвоночника, двухстороннего артрита тазобедренных суставов, назначено амбулаторное лечение. Однако эффекта от лечения не было. При выпол-

нении рентгенографии позвоночника случайно было выявлено инородное тело брюшной полости - дренажная трубка. Из анамнеза: в 1976 году перенесла аппендэктомию, дренирование брюшной полости. Со слов пациентки, дренаж удалялся медицинской сестрой хирургического отделения районной больницы. При выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости и УЗИ-исследования визуализируется инородное тело (фрагмент дренажа) на уровне гребней подвздошных костей в поперечном направлении от правой до левой подвздошной ямки. 05.12.2006 г. больной в плановом порядке выполнена операция лапароскопическим способом: висцеролизис, удаление инородного тела (дренажа) и дренирование брюшной полости. На операции: при ревизии большой сальник фиксирован к передней брюшной стенке в виде плаща в гипо- и мезогастрии, через него контурируется дренажная трубка, плотно фиксированная рубцовыми сращениями к париетальной брюшине и большому сальнику. Инородное тело располагалось поперечно от правой подвздошной до левой подвздошной ямки. При выделении из сращений и тракции трубки, в связи с ломкостью последней, произошло разделение дренажа на 2 фрагмента, которые были извлечены через расширитель в правой подвздошной области. Общая длина удалённого инородного тела (фрагмент резинового желудочного зонда) составила 18 см. Послеоперационный период протекал гладко. Данный пример свидетельствует о возможности видеолапароскопического лечения несмотря на длительность экспозиции инородного тела брюшной полости после ранее перенесённого оперативного вмешательства.

ТРАНСРЕКТАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСШИХ ЛАПАРОТОМИЮ

*Орехов Г.И.
Брянская областная больница №1,
г. Брянск, Российская Федерация*

Внедрение эндовидеохирургической техники предопределило наступление новой эры абдоминальной хирургии. Вместе с тем ранее перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости создают определенные трудности при выполнении лапароскопических операций, когда вследствие спаечного процесса значительно возрастает риск перфорации полых органов [1].

Наложение первичного пневмоперитонеума, введение первого троакара и оптики - обязательный этап любой лапароскопической операции в эндовидеохирургии. Данный этап операции у ранее оперированных больных, при наличии спаечного процесса в брюшной полости, зачастую создает сложности, которые могут привести к фатальным последствиям. Повреждение внутренних органов в среднем составляет 3 случая на 1000 операций [1].

Цель. Изучение возможности выполнения лапароскопических оперативных вмешательств у больных с ранее

перенесенными лапаротомиями.

Задачи. Обосновать и оценить возможность безопасной установки первого троакара при выполнении лапароскопических операций с целью исключения вероятности повреждений внутренних органов у больных с ранее перенесенными лапаротомиями.

Материал и методы. За период 1995–2010 гг. накоплен опыт более 5000 тысяч операций у больных желчнокаменной болезнью и гинекологических больных, подвергшихся лапароскопии. Проведен анализ результатов лапароскопических операций у 236 больных, ранее перенесших лапаротомию в период от 6 месяцев до 10 лет. По возрасту пациенты варьировали от 30 до 55 лет (таб. №1).

Из них у 112 пациенток ранее проведены гинекологические операции (миома матки, внематочная беременность, кесарево сечение). Всем пациентам ранее проводилась нижнесрединная лапаротомия. 124 больным ранее была выполнена верхнесрединная лапаротомия (резекция желудка у 17, травма брюшной полости у 18, ущемленная паховая грыжа у 10, ранение живота у 26, диагностическая лапаротомия у 21, пластика вентральных грыж у 10, лапаротомия по поводу аппендикулярного перитонита 9, перитонита с выведением илеостомы 1, множественных ранее перенесенных лапаротомий 10, 1-колостомированный больной послеобструктивной резекции прямой кишки по поводу рака прямой кишки, 1-лапаротомия, аортодвубедренное шунтирование). Из них 158 женщин и 78 мужчин (таб. 2).

Методики вхождения в брюшную полость, применяемые нами у ранее оперированных больных, можно разделить на открытую и закрытую.

До 2003 года введение первого троакара у больных с ранее перенесенными лапаротомиями проводилось по так называемой открытой методике, когда, по сути, выполнялась минилапаротомия выше пупочного кольца, через белую линию живота, с пальпаторным и визуальным контролем места постановки троакара. Хирург проводит разрез кожи выше пупка по срединной линии, выделяет апоневроз белой линии живота, делает разрез апоневроза до 1см, берет края апоневроза на держалки и визуально вскрывает брюшину с определением наличия спаечного процесса в месте вхождения. В дефект апоневроза осуществляется введение троакарной канюли

Таблица 1. Возраст пациентов, подвергшихся лапароскопии после ранее перенесенных лапаротомий

Возраст (годы)	n	%
30-35	16	6.7
36-40	14	5.9
41-45	96	40.6
46-50	54	22.8
51 и старше	56	23.7
Всего	236	100

Таблица 2. Вид доступа после ранее перенесенной операции у пациентов, подвергшихся лапароскопии

Вид ранее перенесенной операции	N (%)	
Гинекологические операции (нижнесрединная лапаротомия)	112	47,5 %
Верхнесрединная лапаротомия	124	52,5 %

в брюшную полость с последующей ее герметизацией окружающими тканями. Подобных вхождений выполнено 195. Повреждений внутренних органов, связанных с открытой методикой постановки первого троакара, не выявлено. Среднее время выполнения процедуры - 5 ± 1 мин. В 2006 году предложен способ введения первого троакара при лапароскопических операциях [3].

Всем пациентам перед лапароскопической операцией проводилось исследование правой прямой мышцы живота на аппарате "Aloka" SSD 4000 и датчиком 7,5-10 МГц. При УЗИ органов брюшной полости проводилась визуализация прямой мышцы живота. Определяли ширину правой прямой мышцы живота, ее медиальный край, ширину белой линии живота. Пункцию брюшной полости производили иглой Вереша. Первый троакар вводился трансректально через разрез кожи передней брюшной стенки в точке выше уровня пупочного кольца справа, или слева от срединной линии, в зависимости от имеющегося ранее послеоперационного рубца на передней брюшной стенки, на расстоянии, равном одной четверти ширины прямой мышцы живота и половине ширины белой линии живота. Троакар проходил через передний листок влагалища прямой мышцы живота, тупо разделял волокна прямой мышцы живота, прокалывал задний листок влагалища прямой мышцы живота, предбрюшинную клетчатку и париетальную брюшину [2]. Из опыта операций следует отметить тот факт, что в точке предполагаемого введения троакара ни в одном из случаев нами не было выявлено послеоперационных сращений и подпаянных внутренних органов. Все послеоперационные сращения фиксировались по срединной линии к месту послеоперационного рубца. У больных, ранее перенесших нижнесрединную лапаротомию по поводу гинекологических операций, сращения послеоперационного рубца были менее выражены и выявлены у 14 пациенток. После входа в брюшную полость устанавливали манипуляционные троакары, в зависимости от выраженности спаечного процесса в брюшной полости и предполагаемого оперативного пособия. На предлагаемый способ введения первого троакара при лапароскопических операциях получен патент РФ на изобретение № 2267300 от 10 января 2006г [3]. Осложнений, связанных с постановкой первого троакара у ранее оперированных больных, не выявлено. Среднее время выполнения процедуры - 1 ± 1 мин. Все больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Осложнений, связанных с введением первого троакара у ранее оперированных больных, в раннем и позднем послеоперационном периоде не было.

Выводы.

1. При соблюдении определенных принципов введения первого троакара ранее перенесенное оперативное вмешательство на брюшной полости не является противопоказанием для выполнения лапароскопических операций;

2. Вероятным противопоказанием к лапароскопической операции после ранее перенесенных лапаротомий является наличие в анамнезе неоднократных оперативных вмешательств, связанных с тяжелым спаечным процессом в брюшной полости.

Литература:

1. Выполнение лапароскопических вмешательств у ранее оперированных больных / А. Г. Бебуришвили [и др.] // Тезисы докл. VII Всерос. съезда эндоскоп. хирургов, Москва, 18-20 февр. 2009 г. // Эндоскоп. хирургия. - 2009. - № 1. - С. 204-205.

2. Орехов, Г. И. Клинико-анатомическое обоснование трансректального доступа при лапароскопической холецистэктомии у больных острым калькулезным холециститом: автореф. ... дис. ... канд. мед. наук / Г. И. Орехов. - Смоленск, 2006. - 60 с.

3. Способ введения троакара при лапароскопической холецистэктомии: Пат. РФ / Л. В. Тихонова, Г. И. Орехов. - № 2267300; опубл. 10.01. 06.

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ПРОФИЛЬНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ

Поликашин Н.Н.

Самарский государственный медицинский университет,

г. Самара, Российская Федерация

Автоматизация затрагивает все сферы жизни современного общества, в том числе и область здравоохранения. Работа с пациентами подразумевает непрерывное поступление новой информации, структуризация и последующий анализ которой позволяет делать выводы и повышать эффективность лечения пациентов. Разработанная система позволяет оценивать эффективность лечения, а также позволяет делать выборку всех сопутствующих данных.

В основе оценки лежит деление пациентов на пять групп в зависимости от результатов лечения. В группу А попадают те, у кого наблюдается значительное улучшение; В - умеренное улучшение, С - незначительное улучшение; состояние пациентов группы D не изменилось, а группы E - состояние больного ухудшилось. Принадлежность к той или иной группе конкретного пациента вычисляется автоматически на основе его опросного листа - списка вопросов, ответы на которые позволяют судить субъективном самочувствии человека. Также присутствуют объективные параметры. Для выявления динамики лечения на разных стадиях заболевания пациент может быть протестирован несколько раз.

Система поддерживает составление опросных листов и данных исследования, а также их экспорт в Microsoft Word для распечатки и выдачи пациенту. Разбиение преобразуется по разработанной формуле в простое число, оценивающее эффективность лечения в процентах от теоретического максимума (значительное улучшение состояния здоровья у всех пациентов до единого). Расчет эффективности производится либо для всей базы пациентов, либо для конкретной группы (возрастной, территориальной), либо отобранной по другим признакам группе.

Программа разработана на языке Object Pascal в среде Borland Delphi с применением СУБД MySQL 5.1. База данных включает данные о пациентах, включающая адрес

и историю болезни, список вопросов, параметры расчета эффективности, а также различные справочники (городов, районов, диагнозов и схем лечения, видов операций, параметров эффективности).

Система готова к внедрению в клинику Самарского Государственного Медицинского Университета и будет опробована в реальных условиях. Система разработана совместно с кафедрой программных систем СГАУ (Самарский государственный аэрокосмический университет)

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Полховский В.Н., Калачик О.В., Хотимовская И.И.

УО "Белорусский государственный медицинский университет",

УЗ "4-ГКБ им.Н.Е.Савченко",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Трансплантация почки является предпочтительным методом лечения больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН) в связи с такими преимуществами, как: полное исчезновение проявлений уремии, отсутствие привязанности к гемодиализному аппарату, возможность более активной жизни, лучшая социальная и трудовая реабилитация, экономическая выгода для государства, лучшие показатели выживаемости для пациентов, что в конечном итоге проявляется в значительном улучшении качества жизни пациентов.

Цель. Показать социальную значимость и экономическую выгоду трансплантации почки перед другими видами почечнозаместительной терапии (ПЗТ).

Материал и методы. В основу работы положены:

1) материалы результатов лечения больных (n=997) с 1970 по 2009 гг.;

2) прейскурант цен на услуги по проведению ПЗТ;

3) анализ литературных и интернет источников.

Результаты и обсуждение. Динамика проведения трансплантации почки в период с 1970 по 2009 год в РБ отражает постепенное увеличение проведения этой операции с резким скачком в 2007 году, связанным с принятием "Закона о трансплантации органов и тканей в РБ" (рис.). За период январь-апрель 2010 года проведено 23 подобные операции. Но в связи с переездом отделения трансплантации почки из 4-ГКБ г. Минска в "Республиканский центр трансплантации органов и тканей" в 9-ГКБ г. Минска деятельность трансплантологов приостановлена. В дальнейшем в связи с получением и внедрением нового оборудования и условий ожидается новый толчок развития трансплантологии в целом и трансплантации почки в частности.

Стоимость лечения 1 пациента в год в Беларуси составляет:

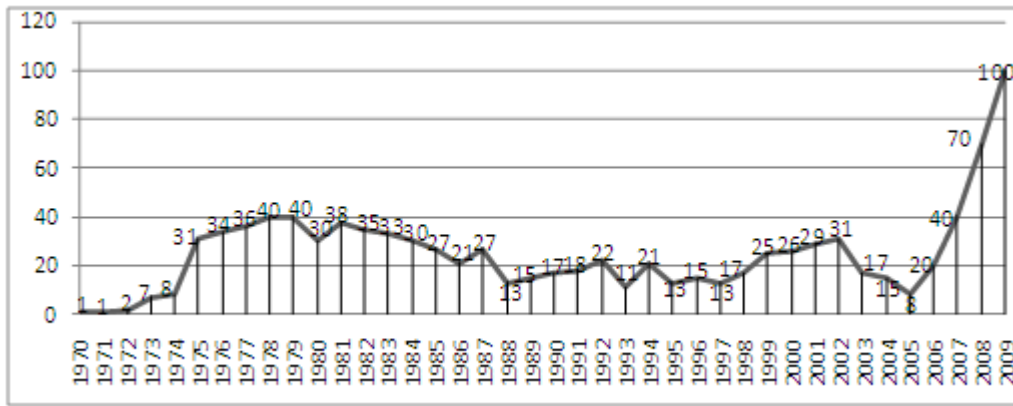
- перитонеальный диализ - 10 680 USD;

- гемодиализ - 6 404 USD;

- пересадка почки - 4 794 USD;

Представленные данные показывают, что из всех видов почечнозаместительной терапии трансплантация

Рис. 1. Ежегодное число трансплантаций почки, 1970-2009 гг



является наиболее экономически выгодной процедурой.

Выводы.

1. Хотя процедура гемодиализа и является более доступной в РБ, чем трансплантация, преимущества последней очевидны. Самое главное, что трансплантация значительно улучшает качество жизни больных и приводит к моральному удовлетворению большинства пациентов и их родственников.

2. Необходимо учитывать возможность перевода пациента на гемодиализ при возникающих осложнениях после трансплантации. Поэтому трансплантация почки должна стать "золотым" стандартом лечения больных с ХПН, а гемодиализ должен быть подготовительным этапом, а также проводится при невозможности выполнения трансплантации.

3. Трансплантация почки, являясь принципиально новым направлением в лечении больных с терминальной ХПН, да и в медицине в целом, позволяет получить лучшие результаты лечения пациентов, а также использовать экономически более выгодную процедуру, тем более что для развивающихся стран, к числу которых относится и РБ, экономический аспект является немаловажным.

4. Необходимо отметить, что наука не стоит на месте и поэтому решением вопроса о дефиците органов может стать выращивание органов непосредственно внутри живого организма, а также создание функционирующей почки с применением нанотехнологий.

Литература:

1. Трапезникова, М. Ф. Сравнительная оценка при лечении пиелoureтеростомии и уретероцистостомии при лечении урологических осложнений после трансплантации почки / М. Ф. Трапезникова // Урология и нефрология. - 1997. - С. 20-24.

2. Федорова, О. А. Антигипертензивная терапия и ренопротекция после трансплантации почек: опыт регионов / О. А. Федорова // Здоровье Украины. - 2007. - Март. - № 5. - С. 12-13.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВ ОДНОРЯДНОГО НЕПРЕРЫВНОГО П-ОБРАЗНОГО ШВА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭНТЕРО- ЭНТЕРОАНАСТОМОЗОВ КОНЕЦ-В-КОНЕЦ

Попченко А.Л., Гуляев А.А., Данильчик А.В.,
Ефимов Д.Ю., Рустамов Х.Д.
УО "Белорусский государственный медицинский
университет",

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Послеоперационная летальность в абдоминальной хирургии в значительной степени обусловлена несостоятельностью кишечных анастомозов, которая регистрируется с частотой до 25% [1]. Несостоятельность анастомоза, в частности, зависит от методики его наложения и развивается в случаях экстренной резекции тонкой кишки с формированием энтеро-энтероанастомоза двухрядным швом в 15% наблюдений, однорядным - в 8% [2]. Состоятельное восстановление пассажа по кишечной трубке после ее резекции имеет важное значение в абдоминальной хирургии.

Цель. Выявить преимущества и недостатки непрерывных швов (однорядного и двухрядного) при формировании энтеро-энтероанастомозов конец в конец.

Материал и методы. Для наложения анастомозов использовали непораженную патологическим процессом нефиксированную трупную кишку и шовный материал "Дарвин" 3/0. Было сформировано 60 энтеро-энтероанастомозов по типу конец-в-конец: 30 - однорядным непрерывным серозно-мышечно-подслизистым П-образным швом, 30 - двухрядным непрерывным П-образным швом. Для количественной оценки герметичности анастомозов применяли пневмокомпрессию (средняя скорость нагнетания воздуха составляла 1 мм рт.ст./сек), при этом выявляли слабые места соустьев. конец-в-конец, формируемых однорядным и двухрядным швами. Согласно литературным данным физически герметичным считается анастомоз, выдерживающий давление 60 мм рт. ст. [3].

Результаты и обсуждение. На формирование однорядного П-образного непрерывного шва в среднем

затрачивали 25±7 мин., двухрядного - значительно больше - 47±9, что объясняем расходом времени на накладывание второго ряда швов.

При проведении пневмокомпрессии было установлено, что среднее давление разрыва анастомоза, сформированного однорядным П-образным непрерывным швом, составляет 105±7 мм рт. ст., в то время как аналогичный показатель для двухрядного П-образного непрерывного шва был значительно меньше и составил 70±10. Считаем, что однорядный шов выдерживает большее давление разрыва, по сравнению с двухрядным, за счёт меньшей травматизации тканей (меньшее количество вколов, узлов, манипуляций на оперируемом органе), вследствие чего уменьшается вероятность расслоения контактируемых поверхностей сшиваемого органа.

Пневмокомпрессия позволила также выявить слабые места анастомозов, которые устанавливали по поступлению воздуха из мест разгерметизации. Такими местами были:

- 1) брыжеечный край - 12 случаев для однорядного шва, 23 - двухрядного;
- 2) место сформированного узла - 9 для однорядного шва, 15 - для двухрядного;
- 3) место вкола (выкола) иглы - 11 случаев для однорядного шва, 17 - для двухрядного.

Выводы. Оба вида сравниваемых швов соответствуют требованиям физической герметичности кишечного анастомоза. Однорядный шов имеет ряд преимуществ: на его формирование требуется в 1,8 раза меньше времени, он выдерживает давление разрыва в 1,5 раза большее в сравнении с двухрядным, что может определить его большую состоятельность в клинике. Выявленные слабые места соустьев позволяют акцентировать внимание на технических деталях формирования анастомозов.

Литература:

1. Роль кишечного шва в развитии послеоперационного перитонита: А. В. Шотт [и др.] // *Новости хирургии.* - 1998. - С. 155-156.
2. *Кишечные анастомозы. Физико-механические аспекты: монография* / В. И. Егоров [и др.]. - М.: Видар, 2004. - 304 с.
3. *Теория и практика кишечного шва: монография* / А. А. Абуховский [и др.]; под ред. А. В. Шотта, А. А. Запорожца; Бел. гос. мед. ун-т; - Минск, 2006. - 177 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Радиевский И.Л., Гусинец А.С., Денищик В.М.,
Лысюк Н.Н., Хацкевич Г.А.
г Брест, Республика Беларусь*

В настоящее время отмечается рост эндовидеохирургических операций от числа всех операций в медицинской практике. Это связано с многими факторами: снижение количества осложнений, сокращение сроков госпитализации и послеоперационной реабилитации, минимизация травматизации тканей обеспечивает незначительные послеоперационные боли.

Цель. Определить спектр оперативных вмешательств, которые целесообразно выполнять с помощью лапароскопических технологий

Материал и методы. В хирургическом отделении Брестской областной больницы в период с 2007 года по настоящее время выполнено 1742 лапароскопических оперативных вмешательств у больных с различной патологией органов брюшной полости в плановой и экстренной хирургии, что составляет 48 % от общего числа операций. Динамика применений малоинвазивных вмешательств за последние 3 года изменилась и отражена в таблице.

Результаты и обсуждение. В 2009 году начатые лапароскопические операции удалось успешно завершить при патологии желчевыводящих путей у 602 больных. По поводу хронического холецистита оперировано 476 больных, острого холецистита - 126, интраоперационная холангиография выполнялась в 9 случаях, дренирование холедоха по Пиковскому 6 случаев, конверсия составила 23 больных. Симультантно при лапароскопической холецистэктомии выполнена ТАПП герниопластика полипропиленовым аллотрансплантантом у 4 больных, адгезиолизис при спаечной болезни у 27 больных, ушивание пупочной грыжи у 9 больных.

Лапароскопическая ТАПП герниопластика за 2009 год выполнена 23 больным, оперировано по поводу прямой паховой грыжи 6, косой - 17 больных. Осложнения наблюдались в 3 случаях: повреждение артерия epigastrica inferior 1 случай, 2 случая водянки оставшегося грыжевого мешка. Рецидивов паховой грыжи не наблюдалось.

По поводу грыжи пищевода отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни оперировано 17 больных. Всем больным была выполнена задняя круорография, большинству больным произведена фундопликация по Toupet - 11 случаев, у 6 больных

Таблица

Название оперативного вмешательства	2007	2008	2009
Лапароскопическая холецистэктомия	441	576	602
Лапароскопическая аппендэктомия	3	7	9
Лапароскопическая ТАПП герниопластика полипропиленовым аллотрансплантантом	2	11	23
Лапароскопическая круорография, фундопликация	-	5	17
Лапароскопическая расширенная СПВ с дренирующей желудок операцией	-	2	5
Лапароскопическая спленэктомия	-	-	4
Лапароскопическая трансабдоминальная фенестрация кист почек	-	3	9
Лапароскопическое дренирование салниковой сумки, нагноившихся кист поджелудочной железы	6	17	11

выполнена фундопликация по Nissen. У 5 больных выполнены симультантно лапароскопические холецистэктомии в связи с наличием у больных желчекаменной болезни.

Лапароскопическая спленэктомия в 2009 году выполнена у 4 больных. В 1 случае спленэктомия выполнялась по поводу травмы селезенки, в 3 случаях по поводу заболевания селезенки. Конверсия была в 1 случае в связи с прорастанием аденокарциномы поджелудочной железы в ворота селезенки.

Выводы. Лапароскопические операции позволяют уменьшить количество осложнений и летальных исходов. С накоплением опыта хирургов, совершенствованием инструментов спектр и количество оперативных вмешательств будет возрастать, а перечень противопоказаний будет сужаться.

ВЛИЯНИЕ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ НА БРЮШИННЫЕ СПАЙКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Рыбакова Е.В., Воробьева А.Н.
ГУ "Северный государственный медицинский
университет Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию",
г. Архангельск, Российская Федерация*

Актуальность. Возникновение спаечного процесса в брюшной полости отмечено у 64 - 87% оперированных больных. Частота острой спаечной тонкокишечной непроходимости составляет от 50 до 93,3% всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза и сопровождается высокой летальностью, достигающей 7,6 - 21% [1]. До настоящего времени не найдено надёжного метода, предотвращающего патологическое развитие адгезивного процесса в брюшной полости [2].

Цель. Изучить влияние пелоидотерапии на брюшинные спайки.

Материал и методы. В 2008 г. нами начато экспериментальное исследование влияния сульфидной грязи озера Солёное курорта Сольвычегодск *in vivo* на лабораторных крысах. Брюшинные спайки возникают после частичного десерозирования слепой кишки и париетальной брюшины при лапаротомии. По истечении месяца после первой операции производится релапаротомия для подтверждения наличия спаечного процесса (визуальная оценка брюшинных спаек: распространённость спаечного процесса, деформация слепой кишки, вздутие кишок; биопсия брюшины в зоне спаечного процесса). После релапаротомии, с 3-4 суток послеоперационного периода - проведение курса грязелечения животным опытной группы по схеме: 10 процедур с постепенным увеличением времени проведения процедуры от 10 до 20 минут. Грязь накладывается в виде компресса на переднюю брюшную стенку крыс, включая зону послеоперационного рубца, толщина слоя грязи - не менее 1,0 - 1,5 см, температура грязи - 42 градуса по Цельсию. Контрольная группа крыс получает компрессы на переднюю брюшную стенку без пелоида. Через 10 - 14 дней после курса лечения выполняется вторая релапаротомия кры-

сам обеих групп, биоптаты спаек берутся на гистологическое исследование.

Для оценки степени тяжести спаечного процесса в брюшной полости у крыс нами разработана дифференцированная классификация, в которой учитывались следующие показатели:

1) распространённость спаечного процесса: 0 баллов - спаечный процесс не выражен; 0,1 балла - локальный спаечный процесс в области слепой кишки, при отсутствии спаек в других областях; 0,2 балла - локальный спаечный процесс в области слепой кишки в сочетании с одиночными редкими спайками в других областях; 0,3 балла - спаечный процесс, занимающий 1/3 брюшной полости крысы; 0,4 балла - диффузный спаечный процесс, занимающий более 1/3 брюшной полости;

2) деформация тонкой и/или слепой кишки крысы: 0 баллов - тонкая и слепая кишка не деформированы; 0,1 балла - деформация слепой кишки (С- или S-образная); 0,2 балла - деформация слепой кишки и тонкой кишки;

3) случайная энтеротомия при вскрытии брюшной полости: 0 баллов - случайной энтеротомии не было; 0,1 балла - имела место случайная энтеротомия;

4) наличие признаков частичной кишечной непроходимости: 0 баллов - тонкая и слепая кишка крысы спавшиеся; 0,1 балла - имеется вздутие слепой кишки или тонкой кишки; 0,2 балла - вздутие слепой и тонкой кишки.

Результаты и обсуждение. По представленным показателям, у каждой крысы опытной и контрольной групп проведена оценка степени тяжести спаечного процесса путём суммирования баллов. Статистический анализ выполнен при помощи SPSS 15.0. Учитывая небольшой объём выборки (17 крыс опытной группы и 26 контрольной группы) и ненормальное распределения данных, использован непараметрический критерий Манна-Уитни. До курса лечения статистически значимых отличий между опытной и контрольной группой не выявлено: $Me_{опыт}=0,5$; $Me_{контроль}=0,4$; $p = 0,98$. После курса лечения: $Me_{опыт}=0,2$; $Me_{контроль}=0,5$; $p < 0,0001$; выявлены статистически значимые отличия между опытной и контрольной группой.

Выводы. Результаты эксперимента показали уменьшение распространённости спаечного процесса у лабораторных животных под влиянием пелоидотерапии. Планируется завершение экспериментального исследования в 2010 г., в последующем - применение пелоидотерапии у пациентов со спаечной болезнью брюшной полости с профилактической и лечебной целью.

Литература:

1. Тотиков, В.З. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / В. З. Тотиков, М.В. Калицова, В.М. Амриллаева // Хирургия - 2006. - №2. - С. 38-65.

2. Магомедов, М.А. Местная клеточная регуляция в образовании послеоперационных спаек при перитоните / М.А. Магомедов // Хирургия - 2004. - №6. - С. 9-11.

ОБ ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Савицкий Д.С., Бордаков В.Н., Блахов Н.Ю.
Государственное учреждение "432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь",
г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучить эффективность гемостатического действия препарата "Алюфер" при остановке кровотечения из паренхиматозных органов в эксперименте.

Материал и методы. Эксперименты выполнялись на крысах линии Вистар обоего пола массой 230 ± 25 г и кроликах массой 2-3 кг, содержащихся в режимных условиях вивария. Операция осуществлялась под общим комбинированным внутривенным наркозом Ketamine/Diazepexs (90 мг/кг Ketamine; 5 мг/кг Diazepexs).

Результаты и обсуждение. После введения экспериментальных животных в наркоз, с соблюдением правил асептики и антисептики, срединным лапаротомным доступом (20-25 мм вниз от мечевидного отростка) вскрывали брюшную полость, в рану выводили правую долю печени и осуществляли краевую резекцию части органа размером 10×5 мм, что сопровождалось обильным кровотечением. После этого к раневой поверхности прикладывали салфетки, смоченные алюфером, с последующим легким прижатием в течение 10-20 с. В результате контакта с алюфером раневая поверхность принимала темно-коричневую окраску. Под воздействием препарата образовывался тонкий плотный кровяной сверток, рана покрывалась блестящей, слегка шероховатой, плотно фиксированной пленкой, что окончательно останавливало кровотечение. После остановки кровотечения операционную рану ушивали наглухо и животное выводили из наркоза. Гемостаз был надежным во всех случаях, повторных кровотечений в послеоперационном периоде не было. Все животные выжили. При аутопсии ни в одном наблюдении не отмечено ни кровотечения, ни желчеистечения.

Для оценки надежности гемостаза применяли метод гидропрессии. После эктанализирования животных внутривенным введением раствора тиопентал-натрия через кровеносные сосуды в исследуемый орган нагнетался под давлением физиологический раствор. К концу 1-го часа после операции герметизм ран паренхиматозных органов сохранялся у 91,5% исследуемых животных при достижении давления 220 мм рт. ст.

В последующие сроки прочность фиксации кровяного свертка увеличивалась, достигая своего максимума на 5-е сутки. У 95% животных герметизм ран сохранялся при величине давления 300 мм рт. ст.

Изучено влияние алюфера на цельную кровь, ее компоненты, в том числе на тромбин. Доказано, что алюфер вызывает химическую коагуляцию белков плазмы крови и тканей, вследствие чего образуется плотный кровяной сверток.

Морфологические исследования показали, что при использовании алюфера для обеспечения гемостаза при

повреждениях печени образуется узкая зона краевого некроза, замещающаяся с 4-х суток грануляционной тканью; в эти же сроки появляется богатая сосудами синусоидного типа грануляционная ткань в виде небольших включений, окруженных фиброзной тканью. К 7-м суткам образуется нежный рубец в зоне воздействия препарата, становятся хорошо заметными репаративные явления: рассасывание, замещение участков некроза макрофагами, лимфоцитами с примесью нейтрофилов, плазматических клеток и грануляционной тканью. Репаративный процесс в зоне повреждения характеризуется более активным течением пролиферативной фазы заживления, при этом происходит рассасывание кровяного сгустка к 4-м суткам и замещение его соединительной тканью с образованием нежного рубца. Структура раневой поверхности печени становится неотличимой от контроля.

Выводы. Использование препарата "Алюфер" не приводит к нарушению фаз раневого процесса и к их последовательности, при этом фаза новообразования соединительной ткани более выражена. Препарат уменьшает зону повреждения (некроза). Применение препарата сопровождается уменьшением расстройств кровообращения: отека, кровоизлияний; на 1-е сутки в зоне действия препарата фибриновые сгустки имеют более компактное строение.

ОБ ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Савицкий Д.С., Бордаков В.Н., Блахов Н.Ю.
Государственное учреждение "432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь",
г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучить эффективность гемостатического действия препарата "Алюфер" при остановке кровотечения из паренхиматозных органов в клинике.

Материал и методы. В клинических условиях алюфер применяли в ходе 10 оперативных вмешательств. Методика гемостаза в большинстве случаев была идентичной: салфетку, смоченную препаратом, прикладывали к кровоточащей поверхности и слегка прижимали. Экспозиции в течение 10-20 с, как правило, было достаточно для полного гемостаза. При необходимости, время воздействия препарата увеличивали - максимально до 30 с. Когда имело место кровотечение из поврежденных кровеносных сосудов диаметром 2 мм, последние прошивались.

Результаты и обсуждение. У 3 больных с повреждением печени с глубиной раны до 5-8 см при смешанном кровотечении гемостаз осуществляли введением препарата шприцем через тонкую иглу непосредственно в глубину раны. После достижения гемостаза края раны прижимали друг к другу в течение 5-20 с, в результате чего происходило их "склеивание" без образования полости, существенно ограничивая возможность вымывания свежих тромбов из просвета поврежденных сосудов током крови. Тем самым подтверждаются выраженные адгезив-

ные свойства препарата.

В остальных случаях раны печени были поверхностными, а кровотечение капиллярным, поэтому гемостаз не представлял трудностей.

При резекции левой доли печени (1) и при удалении кисты правой доли печени (1) местное применение алюфера сочеталось с дополнительным прошиванием крупных кровеносных сосудов. После контроля эффективности гемостаза края ран сшивались с целью восстановления анатомической целостности органов, а также для уменьшения вероятности вымывания тромбов в послеоперационном периоде.

В ходе 10 холецистэктомий алюфер применяли для остановки кровотечения из ложа желчного пузыря, в том числе у 9 больных при внутрипеченочном его расположении. Во всех наблюдениях отмечен положительный эффект. Ложе желчного пузыря у 5 больных не ушивалось. Эффективным алюфер оказался при остановке паренхиматозного кровотечения при травме селезенки без повреждения сосудов ее ворот. Благодаря применению препарата, у 2 больных выполнена органосохраняющая операция.

Высокая эффективность препарата отмечена в ходе 5 урологических операций. Особое внимание уделялось гемостазу при травмах почек - у 2 больных, при операциях на почках - у 3 больных, в том числе при нефротомии - в 1 наблюдении, при резекции почки по поводу различных заболеваний - в 2.

Во всех случаях после аппликации алюфером гемостаз наступал в течение 10-30 с. Учитывая морфологические особенности строения почечной паренхимы и в целях повышения надежности гемостаза и профилактики мочеистечения из раны, накладывались швы на капсулу почки в 51,4% случаев. При повреждении полостной системы почки герметизация ее швами обязательна, чтобы исключить возможность камнеобразования в отдаленном периоде.

Особым показанием к применению алюфера является кровотечение при удалении аденомы простаты. После удаления опухоли тампонада ее ложа салфеткой, смоченной препаратом, приводит к надежному гемостазу, не требующему каких-либо дополнительных мероприятий. В послеоперационном периоде с целью профилактики кровотечения применялось промывание мочевого пузыря через эпицистостому физиологическим раствором (500 мл) с алюфером (30 мл) в течение 2-3 сут. Во всех 5 наблюдениях гематурии не отмечено.

Во всех наблюдениях при применении алюфера гемостаз был весьма эффективным, повторных кровотечений не отмечалось, признаков побочного действия препарата не выявлено.

Выводы. Применение гемостатического препарата "Алюфер" при оперативных вмешательствах на паренхиматозных органах характеризуется высокой эффективностью. Остановка капиллярно-паренхиматозного кровотечения наступает быстро, гемостаз надежен. Препарат обладает выраженными адгезивными свойствами, что также способствует повышению надежности гемостаза. Можно полагать, что указанный способ остановки кровотечения найдет широкое применение в повседневной клинической практике.

ОЦЕНКА АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО АНТИСЕПТИКА "МУКОСАНИН"

Сивец Н.Ф., Адарченко А.А., Гурко В.Н., Красильников А.А., Шафалович С.В., Михайлов В.В., Павленко В.Н. 6-я городская клиническая больница, ЦНИЛ БГМУ, ЗАО "БелАсептика", г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В отделениях общей хирургии нагноительные процессы возникают у 9,3-21,8% пациентов, при этом 37,0 - 58,8% приходится на инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ); 16,7 - 27,0% - мочевыводящего тракта; 15,0 - 19,6% - дыхательных путей. Практически у каждого десятого пациента (7,0-12,3%) отмечается бактериемия [1]. По данным белорусских исследователей, ИОХВ после апендэктомий развиваются у 9,5-18,8% пациентов, после холецистэктомий - у 8,7-15,1%, после грыжесечений - у 10,9%, после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке - у 2,3% [2]. Использование современных антисептических средств является важным фактором в системе профилактики послеоперационной раневой инфекции. При этом они должны быть эффективны в отношении антибиотикоустойчивых штаммов микроорганизмов.

Цель. Определение антимикробной активности "Мукосанина" "in vitro", а также у пациентов с контаминированными и гнойными ранами.

Материал и методы. Изучение клинической эффективности отечественного антисептика "Мукосанин" проведено в 2008 г. на базе хирургического отделения 6-й городской клинической больницы г. Минска у 20 пациентов с первично и вторично инфицированными ранами. После снятия повязки с раны или выполнения оперативного вмешательства производили отбор материала с краев операционной раны для бактериологического исследования. После этого рану обрабатывали пульсирующей струёй "Мукосанина" (40 мл препарата), оставляя его в ране в течение 3 минут. После аспирации антисептика и осушения раны стерильными салфетками опять отбирали материал с краёв операционной раны для определения обсеменённости её микроорганизмами. Рана осушалась и ушивалась или, при наличии показаний, дренировалась.

Результаты и обсуждение. Исследование антимикробной активности показало, что "Мукосанин" в суспензионном тесте и "in vitro" проявляет высокий уровень эффективности в отношении *S. aureus* ATCC 6538, *E. coli* ATCC 11229, *P. aeruginosa* ATCC 15412. По результатам проведенных исследований, установлено, что в отношении *S. aureus* и *E. coli* "Мукосанин" в рабочей концентрации уже через 30 секунд экспозиции проявлял достаточно высокий уровень антимикробной активности ($RF > 3$), который постепенно возрастал с увеличением длительности действия препарата. Для синегнойных бактерий величины RF через 0,5 мин. экспозиции были менее 3, но с увеличением длительности контакта антисептика с микроорганизмами возрастали и составляли при экспозиции 3-5 минут более 3 RF . У 20 включен-

ных в исследование пациентов с первично инфицированными (ПИР) и вторично инфицированными ранами (ВИР) изучен видовой состав и массивность контаминации ран до и после применения антисептика "Мукосанина". Установлено, что у всех пациентов после обработки раны "Мукосанином" произошло существенное снижение количества бактерий, независимо от вида последних, а в случаях невысокой первичной контаминации ($10^2 - 10^3$) - полная санация раневой поверхности. Следует отметить, что препарат в равной степени оказывал антисептический эффект при наличии в ране грамотрицательных палочковых микроорганизмов, грамположительных кокков и грибов рода *Candida spp.* Применение разработанного антисептического средства "Мукосанин" позволило за 3 минуты обработки снизить уровень микробной контаминации первично инфицированных ран в 4,9 раза, а вторично инфицированных ран - в 3,3 раза. В целом, в исследуемой группе в результате применения "Мукосанина" при обработке раневой поверхности, было достигнуто снижение уровня контаминации ран в 3,7 раза.

Выводы.

1. Обработка ран "Мукосанином" приводит к существенному снижению массивности контаминации ран как палочковой, так и кокковой гноеродной микрофлорой.

2. Для "Мукосанина" характерно более выраженное антимикробное действие в отношении грамотрицательных бактерий, по сравнению с грамположительными, о чём свидетельствуют более высокие показатели RF.

3. "Мукосанин" проявляет высокую антимикробную активность в отношении антибиотикоустойчивых штаммов грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов.

Литература.

1. Изучение этиологической структуры возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений в хирургии / А.В. Фролова [и др.] // *Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: сб. науч. тр. - Витебск, 2007. - С. 50-53.*

2. Завада, Н.В. Основные направления развития экстренной хирургии в Республике Беларусь / Н.В. Завада, И.И. Пикиреня // *Медицина. - 2009. - № 3. - С. 13-16.*

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Смотрин С.М., Гаврилик БЛ., Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н.

УО "Гродненский государственный медицинский университет",

УЗ "Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно",

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. При выборе лечебной тактики у больных с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и (или) забрюшинного пространства перед

врачом всегда встает вопрос: провести хирургическую коррекцию выявленных заболеваний последовательно, с каким-то временным интервалом, или выполнить одномоментно операции по поводу всех заболеваний в ходе одного вмешательства из одного или разных доступов? Несомненно, этапное выполнение операций снижает степень непосредственного хирургического риска. Вместе с тем необходимость повторно подвергнуться оперативному вмешательству для больного является новым стрессом, что, как правило, приводит к постоянному откладыванию второй операции и увеличению сроков выздоровления.

Напротив, лечение сочетанных заболеваний методом одномоментных или симультанных операций (СО) повышает риск лечения в силу увеличения хирургической травмы, но лечение сочетанных заболеваний методом СО имеет и значительные преимущества перед этапными операциями: больной обследуется и оперируется один раз, один раз переносит наркоз и послеоперационный период, один раз переносит психологическую травму. В силу этого сокращается продолжительность пребывания больного в стационаре, снижаются расходы на лечение, сокращается продолжительность реабилитации пациента после операции.

Цель. Сравнить результаты лечения сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости и (или) забрюшинного пространства методом этапных операций и методом симультанных операций, выполняемых часто бригадой специалистов различного профиля.

Материал и методы. Наблюдали 773 больных с различным сочетанием хирургических заболеваний органов брюшной полости и (или) забрюшинного пространства. Все больные оперированы: 598 ($77,4 \pm 1,5\%$) пациентам выполнены плановые СО и 175 ($22,6 \pm 1,5\%$) - в силу отказа пациентов от СО, проведено этапное хирургическое лечение. Сравнили результаты лечения больных методом этапных и симультанных операций.

Результаты и обсуждение. Выбор операции, с которой начинали вмешательство, зависел от нескольких моментов. Начинали СО с вмешательства по поводу заболевания, которое имело приоритет по значимости для здоровья пациента или требовало более масштабной хирургической агрессии, например: при сочетании таких заболеваний как рак почки и хронический калькулезный холецистит сначала выполняли радикальную нефрэктомия, а затем холецистэктомию. В зависимости от сочетания заболеваний СО выполняли смешанной бригадой специалистов: хирург + уролог + гинеколог и т.д. Внедрение в практику малоинвазивных хирургических технологий (лапароскопия, минилапаротомия) позволяет расширить показания для выполнения СО при сочетанных хирургических заболеваниях.

После плановых СО в раннем послеоперационном периоде различные осложнения развились у 19 ($3,2 \pm 0,5\%$) человек, умерло 2 ($0,3 \pm 0,2\%$) человека от эмболии легочной артерии после симультанного удаления камней из обеих почек. Общая продолжительность плановой одномоментной коррекции сочетанных заболеваний, при использовании одного доступа, на 35 - 45 минут превышала продолжительность операции выполненной первой. Отказавшимся от СО 175 больным на первом этапе выполнено вмешательство по поводу основного заболе-

вания. После операции первого этапа осложнения развились у 19 (10,8±2,3%) человек, умерло 3 (1,7±0,9%) человека. Для выполнения второй операции поступило 96 человек. После второй операции осложнения развились у 21 человека (21,8±4,2%), умерло 3 (3,1±1,8%).

Выводы. Лечение больных с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости и (или) забрюшного пространства методом СО не сопровождается увеличением частоты осложнений и не увеличивает пребывание пациентов в стационаре. Продолжительность реабилитации пациентов, перенесших СО, такая же как и после одного вмешательства по поводу основного заболевания. При лечении методом этапных операций пациенты в общей сложности на 15 - 16 суток дольше пребывали в стационаре, чем после СО при одинаковом сочетании заболеваний. Продолжительность реабилитации лиц, которым проводилось этапное хирургическое лечение, на 25 - 30 суток больше, чем в группе пациентов, перенесших СО.

Медицинские, психологические и экономические преимущества лечения сочетанных хирургических заболеваний методом СО позволяют рекомендовать его для более широкого применения в клинике.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ БАНДАЖИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Стебунов С.С., Покляк-Вольский И.И., Музычук Л.П.
ГУ "Республиканский клинический
медицинский центр" УД Президента РБ,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Хирургия ожирения - активно развивающееся направление медицины. Существующие методы консервативного лечения (диетотерапия, рефлексотерапия, психотерапия и др.) в подобных случаях эффективны не более чем у 5% больных. Кроме того, даже если пациенту удастся добиться определенной потери избыточного веса, перед ним неизбежно возникает вторая, еще более сложная задача - эту потерю удержать.

Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка - одна из наиболее простых, безопасных и в то же время эффективных бариатрических операций. Основным показанием к операции является ИМТ 30-34,9 кг/м² при интенсивной прибавке в весе, ИМТ 35-39,5 кг/м², ИМТ 40 кг/м² и выше при отсутствии сопутствующих заболеваний.

Цель. Изучение первого опыта лапароскопического бандажирования желудка у больных морбидным ожирением.

Материал и методы. Впервые операция бандажирования желудка выполнена в республике в ноябре 2009 года в нашем центре. Мы использовали только регулируемые бандажи французской фирмы Helioscopie. В настоящее время мы располагаем опытом 12 подобных операций. Такое небольшое количество наблюдений связано со строгим отбором больных на данный вид операций. Кандидатами на бандажирование желудка мы

считаем пациентов с индексом массы тела (ИМТ) до 45 кг/м². При более высоком ИМТ мы предпочитаем выполнять предварительную подготовку с помощью внутрижелудочного баллона в течение 4-6 месяцев. Допускаем выполнение бандажирования желудка у лиц с суперожирением при отказе от других типов операции при приемлемом анестезиологическом риске.

Из 12 пациентов было 4 мужчин и 8 женщин в возрасте от 35 до 62 лет с МТ от 93 до 167 кг (в среднем 119,2), ИМТ от 35,8 до 49,4 (в среднем 39,1) кг/м². Все операции были выполнены лапароскопически.

Эффективность вмешательства оценивалась по воздействию операции на индекс массы тела (ИМТ), основные компоненты метаболического синдрома (АГ, СД, липидный спектр) в различные сроки наблюдения, также антропологические данные (объем талии и бедер).

Результаты и обсуждение. Среднее время операции составило 70 минут. Средний койко-день - 3,2. Операции выполнялись через 5 троакарных доступов с использованием одного 10 мм троакара, двух 5 мм троакаров и одного 12 мм троакара для введения бандажа в брюшную полость и фиксации порта. С самого начала мы используем методику *pars flaccida*, что позволило упростить создание позади желудочного канала и значительно сократить время операции. Считаем необходимым для минимизации синдрома соскальзывания фиксировать дно желудка серо-серозными швами над бандажом. Первую регулировку бандажа проводим через 2 месяца.

Из интраоперационных осложнений было отмечено одно - перфорация желудка, которое потребовало удаление бандажа и ушивание микроперфорации. В отдаленные сроки от 3-х до 6 месяцев послеоперационных осложнений мы не имели.

Среди обследованных больных до оперативного лечения у половины пациентов были выявлены клинически значимые нарушения углеводного обмена и у четверти обнаружена сопутствующая дислипидемия. В отдаленные сроки 3-6 мес после операции показатели липидного обмена значительно изменились в сторону нормализации. У большинства больных наблюдался также длительный субфебрилетет, что, на наш взгляд, указывает на усиленный катаболизм. % EWL через 1, 3, 6 мес составил 35, 50, 60%, тогда как % EWL всех пациентов составил 18,9, 38, 58,8% соответственно.

У большинства оперированных пациентов, страдающих гипертонической болезнью, потеря уже первых 10 - 20 кг приводит к нормализации артериального давления и показателей сахара крови. У женщин с нарушенным менструальным циклом, последний полностью нормализуется.

Выводы. Наш первый опыт лечения больных морбидным ожирением показывает и подтверждает, что лапароскопическое бандажирование желудка является малоинвазивным и эффективным методом при ИМТ до 45 кг/м². Операции бандажирования желудка значительно улучшают нарушения углеводного и липидного обмена у больных ожирением и может быть рассмотрена как один из возможных методов коррекции метаболического синдрома.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОГО БАЛЛОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Степуро Г.М., Стебунов С.С., Музычук Л.П.
ГУ "Республиканский клинический
медицинский центр"
УД Президента Республики Беларусь,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Методика снижения массы тела с применением внутрижелудочных баллонов за последние годы находит все большее применение в Европе и России. Внутрижелудочные баллоны могут применяться как у пациентов с избыточной массой тела, так и при морбидном ожирении и сверхожирении в качестве самостоятельного метода, а также в качестве предоперационной подготовки. При морбидном ожирении (ИМТ > 40 кг/м²) и особенно при сверхожирении (ИМТ > 50 кг/м²) применение баллона как самостоятельного метода лечения не оправдано ввиду недостаточного эффекта и высокой частоты рецидивов ожирения. Вместе с тем, первоэтапное форсированное снижение массы тела при помощи баллона перед выполнением бариатрической операции у больных ожирением способствует снижению хирургического и анестезиологического риска.

Цель. Определение эффективности применения внутрижелудочных баллонов для лечения морбидного ожирения.

Материал и методы. Методика установки интрагастрального баллона с целью снижения веса пациентов применяется в клинике с августа 2009 года. За этот срок система установлена 15 пациентам с избыточной массой тела и ожирением.

Большинство наших пациентов (74%) составили женщины. Возраст варьировал в интервале от 31 до 55 лет. Средний возраст составил 39 лет. Среди тех, кому с целью снижения веса установлен внутрижелудочный баллон, были пациенты как с ИМТ менее 30, так и страдающие 4 степенью ожирения, причем 8 пациентов имели массу, превышающую 120 кг. Введение интрагастрального баллона во всех наблюдениях выполнялось в стационаре после предварительного стандартного обследования: фиброгастродуоденоскопии, УЗИ, рентгенографии органов брюшной полости. Выполнялись также липидограмма, гликемические тесты, исследование на гормоны щитовидной железы, половые гормоны. В 10 наблюдениях введение баллона проводили под местной аппликационной анестезией с премедикацией, у двух пациентов введение баллона выполняли под эндотрахеальным наркозом. Баллон наполняли физиологическим раствором, контрастированным метиленовым синим или воздухом. Вначале применялись баллоны российского производства, затем - французской фирмы Helioscopie, заполняемые воздухом.

После предварительного снижения массы тела с помощью баллона и улучшения общего состояния были успешно прооперированы 3 пациента.

Результаты и обсуждение. Установка и удаление баллона были выполнены успешно у всех пациентов. Наблюдалась хорошая переносимость баллонов у боль-

шинства пациентов. И все-таки в 3% случаев потребовалась медикаментозная поддержка (седативные препараты, инфузионная терапия, церукал). Это позволило избежать раннего удаления баллона в связи с болями в животе или психологической непереносимостью.

Абсолютная потеря массы тела колебалась от 4 до 37 кг. Потеря ИМТ составила в среднем 5,63 кг/м². Потеря веса происходила преимущественно в первые 2-3 месяца лечения и за весь период нахождения баллона в желудке составила 4-11 кг у пациентов с 1-2 ст. ожирения, 7-28 кг у пациентов с 3 ст., 23 -37 кг - при морбидном ожирении. Осложнений в связи с нахождением баллона мы не наблюдали.

Обязательным считаем консультацию и ведение пациентов диетологом и по показаниям психологом.

Из положительных аспектов использования метода имплантации баллона стоит отметить его безопасность, отсутствие тяжелых метаболических расстройств у больных и малоинвазивность процедуры. Отрицательными сторонами, по нашему мнению, являются: недостаточное снижение массы тела и вероятность непереносимости у некоторых пациентов. Метод может использоваться в клинике как самостоятельная бариатрическая процедура у больных с ИМТ < 37 кг/м² или как этап предоперационной подготовки у пациентов со сверхожирением. Следует подчеркнуть роль комплаентности пациента, без чего метод не приносит ожидаемого результата.

Выводы. Применение внутрижелудочных баллонов является эффективным и надежным методом снижения массы тела при всех степенях избыточного веса и ожирения. Использование нового поколения внутрижелудочных баллонов Heliosphere сделало процедуру ещё более безопасной.

СОЧЕТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ

Танина А.В., Стебунов С.С.
ГУ "Республиканский клинический медицинский
центр" УД Президента Республики Беларусь,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучение эффективности хирургической коррекции симультанной патологии в хирургии и гинекологии.

Материал и методы. Наш опыт основан на проведении лапароскопии у 340 женщин с хирургической и гинекологической патологией, у которых произведен ряд симультанных вмешательств. Все пациенты находились в репродуктивном возрасте (18-36 лет). Обследование больных до операции не исключало выполнения интраоперационной ревизии брюшной полости и в особенности малого таза, которая нам позволила диагностировать еще до 40 % сочетанных заболеваний [2].

Результаты и обсуждение. К сожалению, большинство хирургов при выполнении лапароскопических операций пренебрегают тщательной ревизией органов

малого таза, так как это требует дополнительного времени, создания положения Тренделенбурга и часто введения дополнительных троакаров с манипуляторами, а также консультации специалиста [1].

При выборе доступа и последовательности этапов при симультанных операциях руководствовались интересами основного хирургического вмешательства, принципами асептики характера выявленных патологических изменений и показаний к коррекции каждого из них [3]. Показания к проведению симультанных операций должны устанавливать высококвалифицированные хирурги. Переоценка показаний и своих возможностей, как и необоснованный отказ от выполнения сочетанных операций, недопустимы. Большую сложность вызывают юридические и организационные вопросы симультанных операций. По всей видимости, это является основным тормозом в расширении показаний к симультанным операциям. Хирурги, сталкиваясь с сочетанной гинекологической патологией при ревизии органов малого таза, особенно в экстренной хирургии, порой не проводят симультанную операцию, так как не всегда могут правильно оценить находку и выставить показания к объему оперативного вмешательства. Привлечение же консультантов требует дополнительного времени.

Исходя из этого, для решения вопросов проведения симультанных гинекологических операций, нами предложен принцип формирования комбинированных операционных бригад, состоящих из эндохирургов и гинекологов. При проведении любых плановых и экстренных хирургических вмешательств в операционной присутствует или приглашается гинеколог, который включается в случае необходимости в проведение операции. Данный принцип позволил нам поднять оказание хирургической помощи на качественно новый более высокий уровень и значительно расширить показания к симультанным операциям.

Проведенные сочетанные операции не повлияли на количество осложнений и на показатель средней длительности пребывания больного в стационаре. Летальных случаев в данной группе больных мы также не наблюдали. При большинстве сочетаний различных заболеваний, излеченных лапароскопическим методом, больные находились в стационаре и затем на больничном листке примерно одинаковое время, т.е. около 4-5 дней в стационаре и 12-14 дней на амбулаторном лечении (как при лечении одного заболевания).

Выводы. Таким образом, симультанные лапароскопические операции являются перспективным направлением современной эндохирургии, дают хорошие результаты, не увеличивают число осложнений и летальность, обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность лечения больных сочетанными заболеваниями.

Литература:

1. Савельева, Г. М. Лапароскопия в гинекологии / Г. М. Савельева, И. В. Федоров. - М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. - 325 с.
2. Безопасная техника в лапароскопии / С. С. Стебунов [и др.]. - Мн.: Выш. шк., 2000. - 218 с.
3. Федоров, И. В. Эндоскопическая хирургия / И. В. Федоров, Е. И. Сигал, В. В. Одинцов. - М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. - 351 с.

НАКОПЛЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРА "ФОТОЛОН" В ТКАНЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКЕ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

*Ушкевич А.Л., Жандаров К.Н., Белюк К.С.,
Прокопчик Н.И., Трухачева Т.В., Шляхтин С.В.
УО "Гродненский государственный медицинский
университет",
г. Гродно, Республика Беларусь
РУП "БЕЛМЕДПРЕПАРАТЫ",
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В настоящее время во всем мире интенсивно развивается новая медицинская технология - фотодинамическая терапия (ФДТ). Суть данного метода состоит в том, что многие биологические объекты - раковые клетки, воспаленные ткани, микробы и вирусы могут накапливать определенные красители - фотосенсибилизаторы (ФС), обладающие повышенной чувствительностью к возбуждающему действию света соответствующей длины волны. Под действием светового излучения в клетках, захвативших краситель, развивается фотохимическая реакция с выделением синглетного кислорода и свободных радикалов, что и приводит к гибели и разрушению опухолевых клеток, микроорганизмов.

Наиболее распространенным способом введения ФС является внутривенный. Так же применяется и местное введение ФС в виде растворов, гелей; разрабатываются фонофоретические методики введения. В литературе имеются данные о локальном инъекционном введении фотосенсибилизатора. Реже применяется пероральное введение.

Цель. Определение параметров распространения и накопления фотосенсибилизатора "Фотолон" в различных тканях при внутривенном и местном введениях в условиях гнойного воспаления и в стерильных условиях.

Материал и методы. Экспериментальные исследования проводились на кроликах обоих полов массой $3,2 \pm 0,3$ кг. ($M \pm \sigma$). Работу проводили с соблюдением этических норм обращения с животными, предусмотренных Европейской комиссией по надзору за проведением лабораторных опытов с участием экспериментальных животных.

Все животные были разделены на три группы: в первой группе изучалось распространение и накопление тканями препарата "Фотолон" при местном введении (в клетчатку забрюшинного пространства и поджелудочную железу без признаков воспаления). Вторую группу составили животные, у которых изучали распространение и накопление тканями препарата "Фотолон" в условиях гнойного - некротического воспаления в поджелудочной железе и жировой клетчатке забрюшинного пространства. Выполнялась лапаротомия, в забрюшинную клетчатку поджелудочной железы в разных точках вводилось гнойное отделяемое, забранное накануне у больных с деструктивным панкреатитом (при микробиологическом исследовании которой получали протеи 10^{4-5} или кишечную палочку 10^5 в одном миллилитре).

Через сутки в местах, где развилось воспаление, в разное время вводился 1 мг препарата "Фотолон". В третьей группе ФС вводили внутривенно медленно и в разные сроки изучали распространение и накопление его тканями поджелудочной железы и клетчатки забрюшинного пространства без признаков воспаления. Выводили животных из эксперимента введением летальных доз тиопентала натрия. Забиралась поджелудочная железа, клетчатка забрюшинного пространства из мест введения "Фотолон" на флуориметрическое и гистологическое исследование.

Результаты и обсуждение. Полученные данные показывают, что максимальное накопление препарата "Фотолон" отмечается при местном его введении (в жировой клетчатке $4471 \pm 199,5$ и в поджелудочной железе $1903,6 \pm 851,56$) по сравнению с внутривенным (в жировой клетчатке $186,8 \pm 8,87$ и в поджелудочной железе $260,2 \pm 5,47$). При местном введении препарата пик его накопления в условиях гнойного воспаления в жировой клетчатке приходится на 1 час ($4680,8 \pm 294,3$) после его введения, с дальнейшим постепенным снижением. В поджелудочной железе накопление происходит медленнее, и максимальная концентрация наблюдалась к 6 часам ($3440 \pm 153,4$).

Выводы. 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.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПЕРФУЗИОННАЯ ТЕРМОХИМИОТЕРАПИЯ (ИПТХТ) У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

*Шмак А.И., Ревтович М.Ю., Шурпач А.А.,
Суслов Н.Л., Лобинский А.А., Камышников А.В.
РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова,
г. Минск, Республика Беларусь*

С целью изучения снижения риска развития имплантационных метастазов у радикально оперированных больных раком желудка II-IIIВ стадии (гастрэктомия, лимфодиссекция D2) начато проспективное рандомизированное исследование, рандомизировано 54 пациента (III-IV тип по Borjmann).

Материал и методы. В основной группе (31 пациента) использована методика ИПТХТ на аппарате NT-1000 Thermochem в комбинации с цисплатином 50 мг/м^2 и доксорубицином 50 мг/м^2 , температурный режим 42°C , время экспозиции 1 час. Контрольную группу составили 23 пациента.

Результаты и обсуждение. Нами не отмечено достоверных различий в количестве послеоперационных осложнений в основной и в контрольной группах соответственно - 9,1% и 12,5%. В то же время в основной группе, в отличие от контрольной, отмечено повышение степени эндогенной интоксикации (до II степени) с последующей нормализацией лабораторных показателей

к 10 сут. после операции. Пациенты прослежены в течение 24 мес. после операции. Признаки прогрессирования отмечены у 7 пациентов основной группы (метастазы в печени - 2, перитонеальная диссеминация - 4 (через 14 месяцев после лечения), метастазы в костях - 1, и у 7 пациентов контрольной (перитонеальная диссеминация через 3-8 месяцев после лечения). При этом у пациентов контрольной группы прогрессирование заболевания отмечено раньше, чем у пациентов основной группы (3 и 14 месяцев соответственно). Это создает предпосылки для увеличения общей выживаемости при использовании комплексной методики лечения.

Также было пролечено 7 пациентов с диссеминированным раком желудка с наличием отдаленных метастазов по брюшине, которым выполнена циторедуктивная операция (СС-0) с ИПТХТ по принятой в клинике методике. Одна пациентка умерла в раннем послеоперационном периоде от перитонита в связи с несостоятельностью швов пищеводно-кишечного анастомоза, остальным проведено дополнительно 4 курса химиотерапии по схеме ELF. Пациенты прослежены в течение 24 месяцев, у 2 из них выявлено прогрессирование заболевания с развитием перитонеальной диссеминации в сроки 5 и 5,5 мес. после операции.

Выводы. Результаты профилактического применения ИПТХТ являются обнадеживающими. Целесообразность использования ИПТХТ у больных с диссеминированным раком желудка требует дальнейшего уточнения.

БИОПСИЯ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ РАННЕМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К АКСИЛЛЯРНОЙ ДИСЕКЦИИ

*Янушкевич С.В., Сребный А.Ю., Стороженко Г.К.,
Грюнберг А.А., Янушкевич В.Ю.
Латвийский онкологический центр Рижской
Восточной клинической университетской больницы,
г. Рига, Республика Латвия*

Актуальность. Органосохраняющие операции (ОСО) при раке молочной железы (РМЖ) по-прежнему сочетаются с аксиллярной диссекцией лимфатических узлов (АДЛУ), после которой часто отмечаются послеоперационные осложнения и функциональные нарушения. Выявление раннего РМЖ, с минимальной вероятностью метастазирования в регионарные лимфатические узлы (ЛУ) ставит под сомнение проведение АДЛУ в стандартном объеме. Идея биопсии сторожевого лимфатического узла (БСЛУ), первого ЛУ на пути оттока лимфы от опухоли, приобрела особое значение в получении объективных данных для оценки аксиллярного лимфоколлектора. БСЛУ нами проводится с 2000 г. За истекший период выполнено более 350 процедур при РМЖ. Цель данного исследования - показать значение БСЛУ в сравнении с АДЛУ, при анализе послеоперационных осложнений и отдаленных результатов, а также определить критерии диагностического теста при БСЛУ.

Материал и методы. 176 пациенток с РМЖ в ранней стадии были разделены на две группы: основную - 89 больных с БСЛУ, и контрольную - 87 больных со стандартной АДЛУ после ОСО. Для проведения БСЛУ использовали метод двойного (радиоизотопный и цветной) контрастирования. При этом у 86 (96,6%) больных узлы накапливали изотоп, а у 85 (95,5%) - краситель. После проведенной БСЛУ проведен анализ в подгруппах: больные с негативными сторожевыми ЛУ (N0sn) и АДЛУ (n=33); с метастазами в ЛУ (N1sn) и АДЛУ (n=11); с (N0sn) без дополнительной АДЛУ (n=45). Контрольная группа исследовалась, в зависимости от состояния ЛУ - N0 (n=61) или N1 (n=26).

Результаты и обсуждение. Оценив данные 44 (49,4%) больных, которым выполнена АДЛУ в комбинации с БСЛУ, выяснены критерии диагностического теста: чувствительность - 91,7%, специфичность - 100%, ложно-отрицательный результат - 8,3% и аккуратность метода - 96,9% (p<0,001). Сравнивая больных с N1 и N0, показана

связь прогностических факторов на процесс регионарного метастазирования (p<0,05). Послеоперационные осложнения отмечены в группах с АДЛУ 31,8% (n=44) и 31,0% (n=87), а у больных после БСЛУ (n=45) - 4,8% (p<0,001). Местные рецидивы выявлены на 3-ем году после лечения в 18,2% и 15,4% с N1sn и N1, а без метастазов в ЛУ (N0sn и N0) - 4,4% и 4,9% соответственно. Безрецидивный период и общая 5-летняя выживаемость в основной группе была 81,8% и 84,8% у больных с N1sn (n=11) против 80,8% и 84,6% у больных контрольной группы (n=26). Показатели выживаемости больных с N0sn и АДЛУ (n=33) были 90,3% и 97,0% против контрольной группы (n=61) - 91,7% и 95,0% соответственно, а у больных с N0sn без АДЛУ (n=45) - 93,2% и 95,5% (p<0,05).

Выводы. При определенных показаниях, БСЛУ может заменять стандартную АДЛУ и может быть использована как стандарт в стадировании и планировании лечения раннего РМЖ у больных с клинически негативными аксиллярными ЛУ.

ФИЗИОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУРЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

*Антропов В.К., Антропова Е.В.
"Смоленская государственная медицинская академия",
"Государственная академия физической культуры,
спорта и туризма",
г. Смоленск, Российская Федерация*

Актуальность. Актуальность восстановления функции локтевого сустава обусловлена, с одной стороны, значительной частотой неудовлетворительных функциональных исходов лечения, а с другой, появлением новых технологий лечения, требующих дальнейшего совершенствования и научно обоснованного применения.

Цель. Усовершенствование методики физической реабилитации больных с контрактурой локтевого сустава.

Материал и методы. Мы обследовали и проанализировали истории болезней пациентов с контрактурами локтевого сустава. В ГБЛВ г. Смоленска на восстановительном лечении находилось 32 человека, в травматологическом отделении №2 СОКБ 22 больных, в ОБВЛР г. Сафоново 55 человек. В норме объем движений в локтевом суставе вокруг фронтальной оси равен 140 градусам. До проведения реабилитационных мероприятий объем движений у больных первой группы составлял 75 градусов, у пациентов второй в среднем 52 градуса, в третьей группе - 68 градусов. При поступлении на лечение в стационар жалобы на боли в локтевом суставе в покое, при движении и физической нагрузке предъявляли 81 человек. После курса лечения боли уменьшились у 71 пациента. Восстановительное лечение должно начинаться с момента поступления больного и включать процедуры, направленные на снятие отека и болей, стимуляцию процессов реабилитации. Кинезотерапию необходимо проводить индивидуально, в зависимости от характера травмы, функциональных нарушений, но принципиально - чем раньше, тем лучше. Ранние осторожные движения оказывают чрезвычайно благоприятное влияние. Кинезотерапия проводится в виде пассивной и активной лечебной гимнастики. При травме локтевого сустава полезны расслабляющие движения в воде в безболевого пределах при температуре 33 градуса С, парить руку нельзя. Курс лечения наших пациентов сочетался с гидрокинезотерапией (32), душем-каскадом (10), грязевыми аппликациями (43), парафином, озокеритом (30). Пассивные движения повторяют многократно (4-5 раз) на протяжении дня, желательно после теплового воздействия: горячее укутывание, парафинотерапия, грязелечение. Цель активных упражнений - повысить мышечную силу растянутых мышц. У наших больных использовано УЗ с гидрокартизоном, хондридином (57), СМТ с KI 5%, MgSO₄ 5% (64), лазеротерапия "УЗОР", "МИЛТа" (18), магнитотерапия (75), иглорефлексо-терапия (5); ванны общие с кореандром, пихтой. Морские, вихревые, родоновые - снимают спазм, отеки (44); медикаментозная терапия - лидокаин, ибuproфен(44). Для лечения контрактур используют постуральную коррекцию - лечение положением [1]. Укладка конечности после

активных движений в локтевом суставе в положении максимальной достигнутой коррекции должно продолжаться 15-30 минут [2]. Лечение положением осуществляется с целью растяжения контрагированных тканей. Для этого используют ортезы и шины, корригирующая сила должна быть малой по величине. Экстензионная терапия проведена трем нашим больным. Укладки с грузом, резиной, жесткая без движения применялись в восьми случаях. Также у наших больных использован аппаратный массаж в 3 случаях, подводный массаж у 9 человек и классический массаж у 48 пациентов.

Результаты и обсуждение. Прогноз в лечении зависит от характера контрактуры и вида, времени, прошедшего с момента ее возникновения, возраста и состояния больного, срока начала лечения и его полноценности. Так у наших больных после проведенного комплексного лечения, при среднем сроке пребывания в стационаре 20 койко-дней, объем движений у пациентов первой группы увеличился с 75 до 105 градусов, без перемен оставались движения в 4 случаях. Объем движений в локтевом суставе во второй группе увеличился с 52 до 95 градусов. Без перемен оставались движения в 7 случаях. У больных третьей группы при контрактуре локтевого сустава объем движений за курс физиофункционального лечения увеличился с 68 до 109 градусов.

Выводы. При коррекции контрактуры необходимо выполнение следующих условий: отказ от применения грубого насилия, непрерывное действие корригирующей силы, при лечении сгибательных контрактур учитывать физиологическое преобладание общей мышечной силы флексоров над экстензорами, сознательного отношения больного к применяемым лечебным мероприятиям.

Литература:

1. Грец, Г. Н. *Физическая реабилитация при контрактурах локтевого сустава в условиях "искусственно созданной среды"* / Г. Н. Грец, И. И. Бахрах // *Адаптив. физ. культура*. - 2007. - № 3 (31).
2. Попов, С. Н. *Физическая реабилитация* / С. Н. Попов. - Ростов/нД: Феникс, 1999. - 608 с.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ НАВИГАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА И ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*Белоцерковский И.В., Жуковец А.Г.,
Касюк А.А., Акинфеев В.В.
Республиканский научно-практический центр
онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.
Александрова,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Новообразования основания черепа

и верхнешейного отдела позвоночника объединяют разнообразные опухолевые процессы, характеризующиеся поражением весьма специфического анатомического образования, состоящего из множества разнородных органов и тканей. Компактное расположение различных жизненно важных структур в этой анатомической области требует точного интраоперационного контроля при выполнении не только хирургических вмешательств, но и биопсии.

Впервые навигационный контроль был использован для интракраниальной хирургии [1]. В последующем начал применяться для повышения точности манипуляций в хирургии позвоночника [2, 3].

Цель. Проанализировать результаты использования навигационной станции в обследовании и лечении пациентов с опухолями основания черепа и верхнешейного отдела позвоночника.

Материал и методы. Материалом послужили данные 20 пациентов. Среди больных было 12 мужчин и 8 женщин. Возраст варьировал от 15 до 78 лет (медиана 53 года). У всех пациентов были выполнены диагностические и/или лечебные манипуляции по поводу опухолевого поражения основания черепа и верхнего шейного отдела позвоночника с использованием навигационной станции TREON (Stealth Station TREON plus, Medtronic).

Результаты и обсуждение. Выполнено 15 диагностических манипуляций и 5 лечебных.

Всего было 11 биопсий у пациентов с опухолями основания черепа и 4 - у больных с опухолями верхнешейного отдела позвоночника. Зоной биопсии были основание черепа - 10 пациентов, С1-С2 позвонки - 4, крыло-небная ямка - 13 пациентам с опухолями верхнешейного отдела позвоночника была выполнена открытая трансоральная биопсия, 1 - открытая трансназальная биопсия. Сведения об установленном по результатам биопсии диагнозе приведены в таблице.

С использованием навигационного контроля 2 пациентам была выполнена радиочастотная термоабляция ангиофибромы носоглотки. У пациентки с мукоцеле лобной пазухи было сформировано соустье с полостью

Таблица. Распределение больных в зависимости от диагноза

Диагноз	Число пациентов
Рак основной пазухи	3
Рак решетчатого лабиринта	2
Фиброзная дисплазия основания черепа	2
Рак носоглотки	1
Метастаз рака молочной железы в С1-С2 позвонках	1
Хордома С2 позвонка	1
Гигантоклеточная опухоль С1-С2 позвонков	1
Гранулема основной пазухи	1
Кавернозная гемангиома С1-С2 позвонков	1
Лимфангиома кавернозного синуса	1
Остеома решетчатого лабиринта	1
Всего	15

носа. Больному с рецидивирующей краниофарингиомой была произведена резекция участка передней стенки основной пазухи. В одном случае была выполнена краниофациальная резекция пациентке с краниоорбитальной менингиомой.

Осложнений после лечебных и диагностических манипуляций с применением навигационной станции не было.

Выводы. Использование навигационной станции позволяет повысить эффективность диагностических манипуляций и обеспечить точный интраоперационный контроль у больных с опухолями основания черепа и верхнешейного отдела позвоночника.

Литература:

1. *Clinical use of a frameless stereotactic arm: results of 325 cases / J. G. Golfinos [et al.] // J. Neurosurg. - 1995. - Vol. 83. - P. 197-205.*
2. *Computer-assist pedicle screw fixation. A feasibility study / L. P. Amiot [et al.] // Spine. - 1995. - Vol. 20. - P. 1208-1212.*
3. *Nolte, L. P. Image-guided insertion of transpedicular screws. A laboratory set-up. Spine / L. P. Nolte. - 1995. - Vol. 20. - P. 497-500.*

ПРИМЕНЕНИЕ ТИТАНОВЫХ ПЛАСТИН ДЛЯ КРАНИОПЛАСТИКИ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Кубраков К.М., Щемелев А.В., Федукович А.Ю.
 УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
 РНПЦ "Неврологии и нейрохирургии",
 г. Витебск, г. Минск, Республика Беларусь,

Актуальность. Пластика дефекта костей черепа (краниопластика) позволяет устранить опасность повреждения головного мозга и синусов, страх больного перед возможностью повреждения мозга, косметический дефект [1]. На данный момент не существует однозначных алгоритмов выбора пластических материалов [2]. Несмотря на постоянную разработку новых методик и пластических материалов, проблема краниопластики остается по-прежнему актуальной. В Витебской области ежегодно выполняется около 40 краниопластик с использованием протакрила. Несмотря на широкое распространение протакрила, отмечаются некоторые местные воспалительные реакции, связанные с его токсическим и аллергенным действием. Поэтому с особой осторожностью необходимо подходить к использованию протакрила у пациентов с осложненным иммунологическим анамнезом [1, 2].

Цель. Оценить результаты клинической эффективности реконструктивных операций с использованием перфорированных титановых пластин при пластике посттравматических дефектов черепа.

Материал и методы. В нейрохирургическом отделении с февраля 2010 года выполнено 7 пластических операций на черепе с использованием титановых пластин. Все больные - лица мужского пола, средний возраст - 49,6±8,5 года. У всех пациентов в анамнезе тяжелая черепно-мозговая травма. Резекционная трепанация

череп была выполнена по поводу острых субдуральных гематом у 6 пациентов, подострых - у 1. У 3 пациентов дефект черепа локализовался в левой теменно-височной области, у 2 - в левой лобно-теменной, у 2 - в правой теменной. Предоперационный осмотр включал соматический и неврологический статус больного, краниограмму, компьютерную томографию, анализ крови, коагулограмму. В послеоперационном периоде на 5 сутки были выполнены повторные краниограммы с целью определения правильности постановки пластин, прочности их фиксации и состояния костной структуры. Все больные были выписаны на 9-10 сутки в удовлетворительном состоянии. Контрольное обследование проведено на 7 неделе после операции. Повторно выполнены краниограммы, изучен локальный и неврологический статус.

Результаты и обсуждение. При выполнении операции использовался специализированный инструментарий. Одним из основных моментов при проведении операции являлось создание условий для плотного прилегания имплантата к краям костного дефекта по всему периметру с заступом на 0,6-0,8 см, для более надежной фиксации. Не менее чем в четырех точках специальным сверлом в кортикальном слое по краю дефекта с отступом на 5 мм накладывались отверстия. Фиксация трансплантата осуществлялась с помощью винтов, выбор их длины (от 4 до 6 мм) определялась толщиной кости. Фиксация протакрила осуществляется костными швами. Время для моделирования пластин составляло от 8 до 14 мин., что значительно меньше, чем при применении протакрила - от 15 до 20 мин. Длительность операции у больных составила в среднем около 50 мин., что значительно меньше, чем при пластики протакрилом (80-95 мин.).

У всех больных получен хороший косметический и лечебный результат: отмечался частичный регресс неврологической симптоматики, фиксация трансплантатов удовлетворительная, пальпаторно они не отличались от костей черепа, симметрия во всех случаях была сохранена. На краниограммах определялись перфорированные титановые пластины, винты, изменений костных структур в месте фиксации винтов не наблюдалось. Контрольное обследование больных на 7 неделе не выявило осложнений и негативных последствий в неврологическом статусе.

Таким образом, пластика дефектов костей черепа титановыми пластинами уменьшает, длительность хирургического вмешательства, обеспечивает прочную фиксацию, сохраняет минимальную подвижность трансплантата и может являться альтернативной методикой в реконструктивной хирургии дефектов черепа.

Выводы.

1. Удобство моделирования пластины. В течение 3-5 минут формируется титановый имплантант нужной формы. При использовании протакрила трансплантант готов к применению лишь после его затвердевания (в среднем около 10-15 минут).

2. Фиксация титановой пластины выполняется винтами. Протакрил прикрепляется только костными швами, что требует наложения дополнительных отверстий и времени.

Литература.

1. Гусев, Е. И. *Неврология и нейрохирургия: учебник: в 2 т.* / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова; под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2: *Нейрохирургия.* - 420 с.
2. Щемелев, А. В. *Реконструктивная хирургия дефектов черепа [Электронный ресурс].* - 2009. - Режим доступа: www.medvestnik.by/news/content/konspekt_vracha/4055.html. - Дата доступа: 11.03.2010.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ЭСМЕРОН

Лызикова Т.В., Батько Е.А.

УО "Гомельский государственный медицинский университет",

УЗ "Гомельская областная клиническая больница", г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. В ходе своей профессиональной деятельности у анестезиолога-реаниматолога периодически появляется возможность поработать с препаратами, не нашедшими пока широкого применения (в основном, конечно, из-за их высокой стоимости). В данной работе представлен наш клинический опыт работы с одним из таких препаратов - миорелаксантом средней продолжительности действия - эсмероном (международное название - рокурония бромид) [1].

Цель. Оценить качество НМБ при использовании различных средств и методик миорелаксации.

Материал и методы. Исследование проведено у 45 пациентов общехирургического профиля, оперированных под общей эндотрахеальной анестезией. Критерии включения в исследование: возраст от 20 до 75 лет, класс по Маллампасти не более III, отсутствие применения лекарств, влияющих на нервно-мышечную проводимость (антикон-вульсанты, аминогликозиды). Пациенты разделены на 3 группы: 1-я (n = 10) - для поддержания миорелаксации использовался эсмерон, 2-я (n = 18) - тракриум, 3-я (n = 17) - аркурон. Характеристика групп представлена в таблице 1.

Мониторинг нейромышечного блока (НМБ) проводился посредством модуля NMT Datex-Ohmeda S/5 Anaesthesia Monitor датчиком MechanoSensor в режиме стимуляции Train of Four (TOF). Определялось значение TOF и число ответов на стимуляцию, время начала действия (сек) - время от завершения введения релаксанта до максимального снижения T1, время появления 1-2 ответов на стимуляцию, время спонтанного восстановления TOF до 25%. Кроме того, осуществлялся мониторинг неинвазивного АД, сатурации, концентрации газов на вдохе/выдохе. Анестезия: индукция - фентанил 10-20 мг, тиопентал 4-5 мг/кг или пропован 2 - 2,5 мг/кг, релаксант на интубацию - дитилин 1-2 мг/кг, в 1-й группе у 7 пациентов с этой целью использован эсмерон в дозе 0,6 мг/кг. Поддержание миоплегии - эсмерон 0,3 мг/кг, тракриум 0,3 - 0,5 мг/кг, аркурон 0,04 - 0,06 мг/кг в 1, 2 и 3-й группах соответственно. Поддержание анестезии: закись азота и кислород 2:1, изофлуран 0,4-0,6 об% фентанил 10 мг через 15-20 мин.

Таблица 1. Характеристика групп.

	Эсмерон	Тракриум	Аркурон
возраст	50,8 ± 10,63	48,69 ± 15,35	52,55 ± 10,57
вес	79,9 ± 17,05	82,76 ± 16,7	83,88 ± 29,12
ASA I/II/III	1/9/0	0/9/9	0/4/13
длит. операции	57 ± 17,35	62,69 ± 26	153,33 ± 55,90

Таблица 2. Исследуемые показатели.

	Эсмерон	Эсмерон+ дитилин	Тракриум	Аркурон
Время 1-2 ответов (мин)	10,7±2,9	11,4±5,5	27,7±12,2	35,5±6,7
Время TOF25% (мин)	32,1±6,3	33,5±10,6	35,7±6,5	55,2±7,1

Результаты и обсуждение. Исследуемые показатели представлены в таблице 2.

По представленным данным видно, что эсмерон и тракриум, являясь релаксантами средней продолжительности действия, имеют отличия. Клиническая продолжительность действия эсмерона короче, спонтанное восстановление сократительной способности происходит быстрее. В случае использования эсмерона для проведения интубации время начала действия (максимальное снижение T1) составило 90±16 сек. В нашем исследовании ввиду малой выборки сложно сделать вывод о влиянии предварительного введения дитилина на продолжительность НМБ, вызванного эсмероном.

Выводы. В ходе исследования не отмечено побочных лекарственных реакций на эсмерон. Использование его вызывает развитие качественного НМБ. Восстановление мышечного тонуса происходит быстро, после экстубации у пациентов с показателями TOF выше 65% от исходного значения не требовалось проведения декураризации.

Литература:

1. Postoperative residual curarization with cisatracurium and rocuronium infusions / G. Cammu [et al.] // Eur. J. Anaesthesiol. - 2002. - Vol. 19. - P. 129-134.

СРАВНЕНИЕ ВАРИАНТОВ БЫСТРОЙ ИНДУКЦИИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ МИОРЕЛАКСАЦИИ ЭСМЕРОНОМ

Лызикова Т.В., Батько Е.А., Чемерко И.И.
УО "Гомельский государственный медицинский университет",
УЗ "Гомельская областная клиническая больница",
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Благодаря интенсивному развитию фармацевтической промышленности, постоянно пополняется арсенал лекарственных препаратов, с которыми работает современный анестезиолог-реаниматолог. Это позволяет решать ряд задач на более качественном уровне. Одна из них - быстрая индукция анестезии [1].

Цель. Проанализировать методику быстрой индукции анестезии с миоплегией эсмероном.

Материал и методы. Эсмерон (рокурония бромид) - быстродействующий миорелаксант средней продолжи-

тельности действия, при внутривенном введении которого в дозе 0,6 мг/кг в/в через 60 секунд создаются адекватные условия для интубации у большинства пациентов. Мы изучили методику индукции анестезии, когда релаксант вводится перед гипнотиком, при этом релаксация и медикаментозный сон наступают практически одновременно, время индукции в наркоз сокращается.

Общая эндотрахеальная анестезия с миоплегией эсмероном проведена у 10 пациентов общехирургического профиля (малочисленность группы обусловлена ограниченным количеством препарата). Исследуемую группу составили 7 пациентов, у которых введение релаксанта предшествовало введению гипнотика. Мониторинг нейромышечного блока проводился посредством модуля NMT датчиком MechanoSensor в режиме стимуляции Train of Four (TOF), уровень гипнотического воздействия оценивался модулем энтропии Datex-Ohmeda S/5 Anaesthesia Monitor по показателю энтропии покоя (SE).

После в/в введения 0,6 мг/кг эсмерона индукция в наркоз осуществлялась тиопенталом натрия в средней дозе 5 мг/кг у 3 пациентов, у 4 пациентов - пропованом в дозе 2 - 2,5 мг/кг. Оценивались скорость развития нейромышечного блока, динамика и глубина гипнотического воздействия тиопентала и пропована.

Результаты и обсуждение. Время начала действия релаксанта (время от окончания введения до максимальной депрессии T1) составило 87 ± 16 сек. Клинически к моменту начала действия релаксанта медикаментозный сон наступил у всех пациентов. Однако глубина и скорость гипнотического воздействия, которые оценивались по показателю энтропии покоя SE (таблица), отличались в подгруппах с использованием тиопентала и пропована. При введении пропована исходный SE начинал быстро снижаться и к времени начала действия релаксанта средний показатель SE составил 29,57 ± 9,27.

В подгруппе с использованием в индукцию тиопентала исходный SE снижался медленнее, достигая всего 77,42 ± 8,8 к моменту начала релаксации.

Анализируя данные энтропии, можно сделать заключение, что сила гипнотического воздействия тиопентала к моменту наступления миоплегии недостаточна, что может создавать психологический дискомфорт пациенту. Вероятно, гипнотический эффект можно попробовать усилить, включив в премедикацию бензодиазепины, или вернуться к стандартной методике введения, когда миорелаксант вводится после наступления медикаментозного сна, вызванного гипнотиком. В случае использования пропована миорелаксация наступала на фоне адекватного уровня выключения сознания.

Выводы.

1. Вышеприведенные методики индукции анестезии требуют дальнейшего изучения и доработки.
2. Предпочтительное использование пропована перед тиопенталом после введения эсмерона носит рекомендательный характер, т.к. количество исследуемых случаев было ограничено.

Таблица. Показатель энтропии покоя SE

	Тиопентал	Пропован
SE исходный	94,57 ± 3,2	93,49 ± 4,6
SE к началу релаксации	77,42 ± 8,8	29,57 ± 9,27

Литература.

1. Perry, J. Rocuronium versus succinylcholine for rapid sequence induction intubation / J. Perry, J. Lee, G. Wells // *Cochrane database Sys Rev [Электронный ресурс]. - Электронные данные и прогр. - 2003. - 1 (CD 002788).*

ПРОФИЛЬ ИЛ-1 α , ФНО- И ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Никитина Е.В., Леукалов А.Г.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",

УЗ "Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи",

г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Эмоциональное напряжение через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему (ГГНС) оказывает влияние на систему иммунитета [1]. В активации ГГНС принимают участие интерлейкин-1 (ИЛ-1) и фактор некроза опухоли - (ФНО-). Кроме того, в процесс регуляции центрально обусловленных изменений в системе иммунитета вовлечены симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы (ВНС) [2]. Становится очевидным, что определённой степени активности ВНС и ГГНС соответствует определённый цитокиновый профиль.

Цель. Изучить профиль ИЛ-1, ФНО- на фоне различной вегетативной реактивности в предоперационном периоде.

Материал и методы. Обследовано 105 человек: 33 человека контрольной группы, 72 пациента травматологического профиля без гнойно-септических осложнений, госпитализированных для плановой операции, мужчины и женщины в возрасте 16 - 79 лет. Утром в день госпитализации у пациентов и в контрольной группе определяли активность ВНС, затем исследовали ГНС и уровень ИЛ-1 и ФНО-. О функциональном состоянии ВНС судили по вегетативному индексу (ВИ) и индексу минутного объёма крови (QVm). Активность ГНС определяли по содержанию АКТГ и кортизола в плазме крови методом РИА. Уровень ИЛ-1 и ФНО- в сыворотке крови определяли методом ИФА. В зависимости от

вегетативной реактивности всех испытуемых разделили на 4 группы: I (n=15) - контрольная с QVm>1,0; II (n=18) - контрольная с QVm<1,0; III (n=42) - пациенты с QVm>1,0; IV (n=30) - пациенты с QVm<1,0. Сравнили показатели между группами. Результаты обработали статистически.

Результаты и обсуждение. Анализируя показатели в I и III группах, отмечено достоверное (p<0,05) преобладание парасимпатотонии в сочетании с достоверно высокими показателями АКТГ и кортизола в III группе (таблица), свидетельствуя тем самым об истощении симпатического отдела ВНС в экстремальных условиях и об активации трофотропных влияний. При этом содержание ИЛ-1 у пациентов было значительно ниже контрольной группы, а ФНО- - выше. Сравнив II и IV группы, в IV группе отмечен достоверно низкий ВИ на фоне превышающих контрольную группу показателей АКТГ и кортизола. Содержание ИЛ-1 у пациентов было достоверно ниже контрольной группы. Показатели ФНО- между группами практически не отличались.

Сравнивая показатели III и IV группы между собой, мы установили, что у пациентов с высокой вегетативной реактивностью отмечен достоверно более молодой возраст, высокий ВИ и высокая активность ГНС по сравнению с низкой реактивностью. В результате - у пациентов III группы показатели ИЛ-1 и ФНО- были ниже IV группы, за счёт ингибирующего влияния АКТГ и кортизола на синтез цитокинов.

Выводы. 1. Пациенты во время госпитализации для планового оперативного вмешательства уже находятся в состоянии эмоционального стресса, о чём свидетельствуют низкий ВИ, высокая активность ГНС и низкий уровень ИЛ-1.

2. Увеличение вегетативной реактивности и активности ГНС в момент госпитализации сопровождается низким уровнем ИЛ-1 и ФНО-.

Литература:

1. Chrousos, G. P. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immune-mediated inflammation / G. P. Chrousos // *New Engl. J. Med.* - 2004. - Vol. 332. - P. 1351-1362.

2. The dialogue between the brain and immune system involves not only the HPA-axis / K. Schauenstein [et al.] // *Z. Rheumatol.* - 2000. - Vol. 59, N 2. - P. 1149-1153.

Таблица. Содержание ИЛ-1 и ФНО- у пациентов с различной вегетативной реактивностью в момент госпитализации в стационар

Показатели	I группа		III группа		II группа		IV группа	
	Сред. знач.	Станд. откл.	Сред. знач.	Станд. откл.	Сред. знач.	Станд. откл.	Сред. знач.	Станд. откл.
Возраст, г.	37,3	11,0	40,8	15,1	48,7	7,2	52,7	13,3
ВИ	11,0	15,0	-0,4*	18,7	1,9	21,0	-11,5**	18,7
QVm	1,3	0,3	1,3	0,3	0,8	0,2	0,8	0,1
АКТГ, pg/ml	8,2	11,9	13,3*	9,7	8,7	4,9	12,4	7,9
Кортизол, nmol/l	407,0	161,4	515,8*	167,6	396,1	180,4	420,4	136,7
ИЛ-1 α , pg/ml	757,3	862,2	297,9	332,6	718,9	660,1	329,9**	517,6
ФНО- α , pg/ml	2,6	4,8	8,0	11,2	8,9	28,7	9,0	10,8

Примечание: * - достоверность (P<0,05) различия признака по сравнению с I группой, тест Манна-Уитни; ** - достоверность (P<0,05) различий признака по сравнению со II группой, тест Манна-Уитни.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ославский А.И., Маслакова Н.Д., Мащенко А.И., Флёров А.О., Новицкий А.А., Борушко Ю.Б., Чугай А.А.
ГУ "1134 Военный медицинский центр ВС РБ",
УО "Гродненский государственный медицинский университет"
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Достаточно высокий (до 25%) удельный вес повреждений среди больных в челюстно-лицевой хирургии, рост числа тяжелых повреждений костей лицевого скелета, а также высокий уровень развития осложнений (до 15-25%) обуславливают дальнейшие поиски путей решения проблемы лечения и реабилитации пострадавших с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области [1, 2].

Цель. Основной целью исследования было изучение особенностей оперативного лечения минно-взрывной травмы челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Проведен анализ лечения пациента С. 20 лет, находившегося на лечении в стоматологическом отделении ГУ "1134 ВМЦ ВС РБ" с 13.11.2009 г. Больной доставлен через 30 минут после получения травмы лица под воздействием реактивной струи и пыжа гранатомета. При осмотре в приемном отделении: состояние тяжелое (АРАСНЕ II - 8 баллов). Кожа лица и тыл левой кисти повреждены продуктами горения пороха. ЧД-25 в мин., АД 100/50 мм рт.ст., ЧСС-80 ударов в мин. St. localis: асимметрия лица за счет обширной раны в области нижней и верхней губы слева. Были проведены: рентгенография костей лицевого черепа в 2-х проекциях - перелом нижней челюсти с диастазом костных отломков до 1-2 см, ОАК (Eг - $4.4 \cdot 10^{12}/л$, Hb - 133г/л, Ht - 0,38, PLT - $279 \cdot 10^9/л$, L-24,0 $10^9/л$, П-9, С-67, Лимф-21, М-3), кровь на групповую и Rh-принадлежность, БАК - (общий белок 87 г/л, мочевины 3,98 ммоль/л, креатинин 96,0 ммоль/л, общий билирубин 12,4 ммоль/л, глюкоза 5,97 ммоль/л, К 3,49 ммоль/л, Na 139,9 ммоль/л, Cl 110,2 ммоль/л), ОАМ (светло-желтая, =1020, мутная, белок 0,066). Выставлен диагноз: открытый оскольчатый перелом нижней челюсти в области подбородка, обширные рваные раны мягких тканей лица в области верхней и нижней челюсти. Термический ожог пороховой кожи лица 1-2 ст. (1%) и 2 ст.(0,5%) тыла левой кисти. Травматическая экстракция 4.1,4.2,3.1 зубов верхней челюсти. Травматический шок 1 ст. Проведено хирургическое вмешательство с целью восстановления целостности кости и мягких тканей под назофарингеальным наркозом. Хирургическая обработка раны мягких тканей, затем костной раны заключалась в тщательном и в то же время бережном удалении свободно лежащих костных осколков, а также осколков, утративших связь с надкостницей. Следующим этапом было скусывание острых краев. Репозицию и жесткую фиксацию костных отломков челюстей осуществили провололочным швом, а затем металлическими пластинами с винтовой фиксацией, применяя приточно-отливное дренирование. Затем

выполнена первичная пластика раны местными тканями по замещению дефекта кожи.

Результаты и обсуждение. Послеоперационный период протекал без осложнений. 24.11.2009 г. выполнена хирургическая манипуляция по удалению инородных тел поверхностных слоев роговицы. Швы снимали постепенно в течение месяца. Было выполнено две контрольные рентгенограммы: 1) 08.12.2009 г. - визуализируется удовлетворительное состояние отломков костных дефектов до 0,4 см. Отломки фиксированы минипластинами, костная мозоль не визуализируется; 2) 01.02.2010 г. - формируется периостальная костная мозоль. Достигнут хороший косметический эффект.

Выводы. Таким образом, главными отличительными особенностями хирургического лечения минно-взрывных ранений челюстно-лицевой области являются тщательное и в тоже время бережное иссечение всех явно нежизнеспособных тканей с последующим одновременным пластическим закрытием дефектов местными тканями, что позволяет добиться не только уменьшения летальности, но и достижения хорошего косметического эффекта.

Литература:

1. Артюшкевич, А. С. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области / А. С. Артюшкевич. - Минск, 2001. - 354 с.
2. Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. - М., 2003. - 408 с.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЦИСТЭКТОМИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ

Походенько-Чудакова И.О., Бармуцкая А.З.
УО "Белорусский государственный медицинский университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Одной из наиболее часто выполняемых плановых вмешательств на альвеолярных отростках челюстей является цистэктомия. По данным А.С. Иванова, Р.К. Дроздовой (2000), расстояние между верхушками корней моляров и нижней стенкой верхнечелюстной пазухи (ВЧП) на уровне первого премоляра составляет 1,2-2,7 мм, на уровне моляров - 0,3-11 мм [1]. Это диктует определенную хирургическую тактику при выполнении операций по поводу кист расположенных в области премоляров и моляров верхней челюсти.

Цель. Основать особенности хирургической тактики цистэктомии у пациентов с радикулярными кистами верхней челюсти, локализованными в области премоляров и моляров, в зависимости от различных вариантов клинической ситуации.

Материал и методы. У 22 пациентов с радикулярными кистами верхней челюсти, локализованными в

области премаляров и моляров, после клинического и рентгенологического обследования (ортопантомографии челюстей, зонографии и компьютерной томографии (КТ) придаточных пазух носа) устанавливали диагноз, уточняли локализацию и размер кистозных образований. Результаты указанного обследования служили основанием для определения объёма хирургического вмешательства и места (профильный стационар или поликлиника) их выполнения.

Результаты и обсуждение. Из 22 пациентов у 6 на основании данных ортопантомограмм и зонограмм придаточных пазух носа выявлялись границы между очагом деструкции и нижней стенкой ВЧП в виде зоны склероза кости, дополнительные тени со стороны нижнего отдела синуса отсутствовали. Это определило диагноз - радикулярная киста верхней челюсти без прорастания в ВЧП и явилось основанием для выполнения цистэктомии с резекцией верхушек корней и восполнением дефекта остеопластическим материалом. В операционном поле визуализировалась целостная нижняя стенка синуса. У 7 больных на ортопантомограмме наблюдались очаги деструкции костной ткани с четкими контурами в области премаляров и моляров. Контур нижней стенки ВЧП прослеживались, но у 6 из 7 (85,7%) пациентов в нижнем отделе синуса была выявлена дополнительная тень в виде "купола". Для определения этиологии кистозного образования и уточнения его размеров в ВЧП проводили КТ. Это позволило у 6 пациентов установить наличие двух параллельно протекающих процессов как со стороны альвеолярного отростка, так и со стороны слизистой оболочки нижнего отдела верхнечелюстного синуса. В большинстве наблюдений размеры кист ВЧП составляли 10-18 мм в диаметре. Данная клиническая ситуация явилась основанием для проведения резекции верхушек корней и цистэктомии со стороны альвеолярного отростка верхней челюсти. В операционном поле у 4 (57,1%) пациентов визуализировалась целостная нижняя стенка пазухи, а у 2 индивидумов - костный дефект был отделен от ВЧП слизистой оболочкой синуса. Вторичный костный дефект выполнялся остеопластическим материалом. Кистозные образования со стороны ВЧП не удаляли, за пациентами устанавливали динамическое наблюдение с обязательным рентгенологическим контролем. У 9 пациентов с очагами деструкции костной ткани в области премаляров и моляров верхней челюсти на ортопантомограмме и зонограмме придаточных пазух носа определить четкость контуров в области нижней стенки синуса (в проекции очага деструкции кости) не представилось возможным. Однако на зонограмме присутствовали дополнительные тени в базальных отделах пазухи в виде "купола". Из 9 пациентов у 6 (66,7%) определялись радикулярные кисты, проросшие в базальные отделы ВЧП без полипозных изменений слизистой оболочки пазухи, диаметр которых был 10-20 мм. Данная клиническая картина была показанием к проведению резекции верхушек корней и цистэктомии в области альвеолярного отростка верхней челюсти с удалением кистозного образования доступом через нижнюю стенку синуса. У 3 больных кисты, проросшие в ВЧП, достигали больших размеров (30-50 мм) и сопровождались полипозными разрастаниями слизистой во всех отделах синуса, что явилось основанием для проведе-

ния оперативного вмешательства в условиях стационара.

Выводы. Представленные особенности хирургической тактики при выполнении цистэктомии по поводу радикулярных кист верхней челюсти локализованных в области премаляров и моляров позволяют минимизировать число рецидивов заболевания и получить хорошие отдаленные результаты.

Литература:

1. Иванов, А. С. *Инфекционный верхушечный периодонтит. Анатомо-топографические аспекты зубочелюстного сегмента: учебное пособие* / А. С. Иванов, Р. К. Дроздова. - СПб., 2000. - 40 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИПОЛЯРНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ

Пранович А.А.

УЗ "Могилевская областная больница",

г. Могилев, Республика Беларусь

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - самое распространенное заболевание у мужчин старших возрастных групп. Проблема лечения ДГПЖ до настоящего времени остается актуальной [1]. Все больший интерес приобретает использование биполярной трансуретральной резекции (БТУР). Неоспоримые преимущества данной методики обусловлены меньшим электрическим повреждением тканей, находящихся в зоне резекции и возможностью работы хирурга в физиологическом растворе. Эти немаловажные моменты обеспечивают более комфортное выполнение операции и сглаживают течение послеоперационного периода [2].

Материал и методы. В октябре 2007 год в урологическом отделении Могилевской областной больницы начато применение биполярной трансуретральной резекции с использованием генератора AUTOCON 400 и резектоскопа KARL STORZ 26Ch. За период 2007 - 2009 гг. было прооперировано 48 пациентов с диагнозом ДГПЖ, осложненной у 34 пациентов хронической задержкой мочи (ХЗМ), у 11 пациентов - острой задержки мочи (ОЗМ) и 3 пациента с ДГПЖ III ст. В предоперационном периоде всем пациентам проводилось комплексное обследование, которое помимо сбора анамнеза и жалоб, а так же пальцевого ректального обследования и лабораторного обследования по общепринятым методикам, включало в себя: определение среднего объема предстательной железы, который составил $68,4 \pm 14,3$ см³, средний объем остаточной мочи $182 \pm 35,7$ мл (у больных с ХЗМ), определение уровня ПСА (отношение свободного ПСА к общему во всех случаях было более 0,2) суммарное количество баллов по системе IPSS $23,4 \pm 2,5$, средняя скорость мочеиспускания $6,7 \pm 2,5$ мл/сек (у больных с ХЗМ). Уродинамическая диагностика не проводилась. БТУР ДГПЖ проводился с постоянной ирригацией мочевого пузыря изотоническим раствором NaCl. Степень операционной кровопотери устанавливалась в зависимости от концентрации гемоглобина в крови и иррига-

ционной жидкости.

Результаты и обсуждение. В ходе проведения БТУР аденомы простаты среднее время операции составило $47,2 \pm 12,43$ мин, объем резекционной ткани $53,2 \pm 7,2$ см³, расход ирригационной жидкости $16,4 \pm 4,3$ л, кровопотеря 124 ± 35 мл. Время дренирование мочевого пузыря $1,3 \pm 0,2$ суток, у одного больного (2%), ранний послеоперационный период осложнился кровотечением и тампонадой мочевого пузыря.

При биполярной резекции аденомы простаты нами были отмечены хорошие показатели операционного гемостаза и прозрачности оптической среды. Кровотечение, требующее коагуляции, отмечалось из сосудов пузырной стенки и простатических сосудов 1-2 порядка. На режимах резанья 4-5 и коагуляция 5-7 не образовывался черный струп. Такие "комфортные" условия работы биполярного генератора позволили проводить резекцию достаточно больших объемов аденомы простаты при небольшой кровопотери, средних времени оперативного вмешательства и расходе ирригационной жидкости. В наших наблюдениях отсутствовали воспалительные осложнения и ТУР- синдром. Наличие одного случая кровотечения из левой простатической артерии осложненного гемогампонадой мочевого пузыря в раннем послеоперационном периоде, вероятнее всего, обусловлено развитием гипертонического криза на фоне приема дезагрегантов. Данное осложнение купировано эндоскопически - произведена вапоризация места кровотечения.

Выводы. Методика биполярной ТУР позволяет производить резекцию больших объемов аденомы простаты при хорошем визуальном контроле, малой кровопотере, среднем расходе ирригационной жидкости и непродолжительном времени операции.

Для обеспечения надежного гемостаза будет полезна разработка вапоризирующих электродов.

Литература:

1. Мартюв, А. Г. *Практическое руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы* / А. Г. Мартюв, Н. А. Лопаткин. - М.: Триада X, 1997. - С. 18.
2. *Bipolar transurethral resection of the prostate - a new gold standard* / A. K. Egote [et al.] // *Endourol: Abstracts 23rd world congress on endourology and SWL, 21st, Amsterdam, 23-26 Aug. 2005.* - P. A 17.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Пранович А.А., Воцула В.И., Щавелева М.В.
УЗ "Могилевская областная больница",
г. Могилев, Республика Беларусь
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
г. Минск, Республика Беларусь

стран мира, привело к беспрецедентному росту хронической и возрастной патологии [1]. По официальным статистическим данным в Республике Беларусь на конец 2008 г. был зарегистрирован (с учетом всех ведомств, оказывающих медицинскую помощь населению) 44521 пациент с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) (229,59 на 10 тыс. мужского населения в возрасте 40 лет и старше) [2]. При этом официально зарегистрированное число лиц с клинически диагностированной ДГПЖ в нашей стране значительно меньше, чем гипотетически рассчитанное нами на основании данных международных статистических исследований (Olmsted country study и др.).

По нашему мнению, официальная статистика апеллирует к данным, полученным на основании обследования мужчин, лечившихся по поводу этой болезни, или указавших на яркие клинические симптомы заболевания при профилактических осмотрах.

На диспансерном учете (Д-учете) по поводу ДГПЖ в организациях системы здравоохранения находится 21,4% пациентов с выявленной патологией. Вместе с тем, частота взятия на Д-учет варьирует по различным регионам республики (всего 7 регионов): от 11,7% до 46,3%. На сегодняшний день ДГПЖ является второй по частоте причиной госпитализации в урологические отделения стационаров республики, уступая лишь мочекаменной болезни; на долю ДГПЖ приходится от 12 до 27% госпитализаций в урологические отделения. Количество пациентов с ДГПЖ прогрессивно увеличивается в каждой области и по стране в целом (таблица 1).

За 12 лет наблюдения количество лечившихся в стационарах республики по поводу ДГПЖ возросло на 36% - до 8193 человек. Численность оперативных вмешательств при ДГПЖ в стационарах республики за этот же период времени увеличилась на 24%. Основными видами оперативного лечения на протяжении анализируемого периода были трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП) и одномоментная аденомэктомия (ОА). Количество выполненных ТУРП по регионам республики отличаются. По нашему мнению, это объясняется возможностями ресурсного обеспечения (таблица 2).

Как проблемная рассматривается нами ситуация значительного (более, чем в 2 раза) увеличения за анализируемый период количества выполненных цистостомий. Их доля в общем числе оперативных вмешательств возросла с 22,0% (1997 г.) до 33,6% (2008 г.). По нашему мнению, причинами значительного увеличения числа цистостомий являются изменение возрастной структуры мужского населения, а также недостатки в организации медицинского обеспечения больных ДГПЖ. Это ведет к тому, что в республике увеличивается группа больных, требующих профилактики и лечения осложнений, наблюдающихся при мочепузырных свищах, а также нуждающихся в медико-социальной и психологической реабилитации.

По результатам мониторинга аптечных и больничных закупок лекарственных средств в Беларуси (анализ медикаментозного лечения ДГПЖ, данные 2008 - 2009 гг.) наиболее востребованы препараты растительные и натурального происхождения, далее по значимости следуют альфа-блокаторы и синтетические 5-альфа-редуктазы ингибиторы.

Постарение населения, наблюдаемое в большинстве

Таблица 1. Количество пациентов с ДГПЖ пролеченных в стационарах Республики Беларусь

Год	Всего	Минск	Минская обл.	Брестская обл.	Гродненская обл.	Витебская обл.	Могилевская обл.	Гомельская обл.
2008	8193	1261	1026	1391	1005	1199	1117	1194
2005	7631	1018	1155	890	725	1066	929	1110
2003	6941	920	1004	987	690	935	815	918
2001	6768	814	1112	1060	720	1226	1081	928
1999	6087	863	1272	1045	675	1312	1083	1146
1997	5234	783	1150	990	630	963	1020	856

Таблица 2. Количество основных операций при ДГПЖ в Республике Беларусь

	Всего	1997	1999	2001	2003	2005	2008
оперировано больных	26506	3574	4619	4581	4405	4619	4708
ТУР	4666	643	729	768	810	729	987
Одномоментная аденомэктомия	10875	1822	2073	1948	1458	2073	1501
цистостомия	7671	786	1394	1283	1232	1394	1582
2 этап	2427	321	416	422	287	416	565

Выводы. Таким образом, можно констатировать, что на сегодняшний день на фоне старения населения и роста распространенности заболеваемости ДГПЖ проблема поиска оптимальных путей медицинского обеспечения больных ДГПЖ в нашей республике становится все более актуальной.

Литература:

1. Римашевская, Н. М. *Население и глобализация* / Н. М. Римашевская, В. Ф. Галецкий, А. А. Овсянников. - М.: Наука, 2002. - С. 22.
2. *Здравоохранение в Республике Беларусь // Официальная стат. сб. за 2008.* - Минск: ГУ РНМБ, 2009. - 40 с.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА САКРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ

Романюк Т.И., Илюкевич Г.В.
 "Белорусская медицинская академия последипломного образования",
 г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В качестве компонента анестезиологической защиты, обеспечивающей надежный анальгетический эффект при минимальном токсическом влиянии на организм при оперативных вмешательствах на промежности успешно применяется низкая эпидуральная (сакральная, каудальная) блокада [2]. Однако существуют ситуации, при которых ее выполнение по стандартной методике невозможно из-за индивидуальных анатомических особенностей пациента.

Цель. Расширение возможности применения сакральной анестезии при операциях на промежности за счет усовершенствования методики ее проведения, а также сравнение эффективности антиноцицептивной защиты в условиях сакральной анестезии, выполненной по стандартной и модифицированной методикам.

Материал и методы. Была разработана модифицированная методика сакральной анестезии, заключающаяся во введении раствора местного анестетика в каудальное пространство на уровне S3-S4 по средней линии под прямым углом к крестцу [1]. Исследования выполнены у 60 пациентов, оперированных со стороны

просвета прямой кишки и промежности, которые были разделены на 2 группы: 1 - 30 пациентов, сакральная анестезия выполнялась по стандартной методике (пункция каудального пространства и введение раствора местного анестетика осуществляется непосредственно через крестцовую щель); 2 - 30 пациентов, модифицированной техникой. Пациенты обеих групп не имели различий по возрасту, полу, имели класс тяжести по ASA I-II. Проведено сравнение качества анальгезии при пункциях разными способами. Субъективная оценка анальгетического эффекта проводилась по пятибалльной шкале, а развитие сенсорной блокады оценивали по тесту pin prick (утрата болевой чувствительности кожи в ответ на раздражение иглой) каждые 5 минут после пункции. В качестве вводимого в сакральный канал местного анестетика использовался 2% раствора лидокаина в объеме 20 мл.

Результаты и обсуждение. При сравнении двух методик сакральной анестезии (стандартной и модифицированной) следует отметить простоту выполнения модифицированного метода каудальной анестезии, а также его эффективность. Успешная пункция сакрального канала модифицированным способом была в 96,7% случаев, в отличие от стандартной методики (86,7%). В обеих группах во всех наблюдениях была достигнута эффективная операционная анальгезия. При использовании модифицированной методики анальгетический эффект не уступал по выраженности в сравнении со стандартной. При использовании данного метода не было зарегистрировано серьезных осложнений и побочных эффектов каудального блока.

Выводы. При использовании модифицированного способа отмечается более высокий показатель успешной пункции сакрального канала, чем при стандартном (97,7% и 86,7% соответственно), и можно выделить следующие преимущества модифицированной техники сакральной анестезии, по сравнению со стандартной: возможность проведения анестезии при отсутствии крестцовой щели, простота в применении, снижение технических трудностей и неудач. При проведении сакральной блокады как стандартным способом, так и по модифицированной методике отмечается высокий уровень антиноцицептивной защиты пациента во время проведения оперативного вмешательства на промежности.

Таким образом, расширение возможностей регионарной анестезии обеспечивается за счет усовершенствования самих методов ее проведения.

Литература:

1. Илюкевич, Г. В. Модифицированный способ сакральной блокады / Г. В. Илюкевич, Т. И. Романюк, О. В. Грузневич // *Анестезиол. и реаниматол.: сборник тезисов респ. науч.-практ. конф. (интенсивная терапия полиорганной недостаточности)*. - Минск: БелМАПО. - 2009. - С. 55-56.

2. Kumagai, M. Sacral intervertebral approach for epidural anaesthesia in infants and children: application of "drip and tube" method / M. Kumagai, M. Yamashita // *Anaesth. Intensive Care*. - 1995. - Vol. 23 (4). - P. 469-471.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА

Сапко Г.Ф., Рынди́н Ал.А.,
Щастный А.Т., Украинец Е.А.
УЗ "Витебская областная клиническая больница",
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Лапароскопическая пиелопластика впервые была произведена Schuessler и соавт. [1] в 1993 году. Привлекательность лапароскопической пиелопластики при обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) обусловлена значительно меньшей морбидностью и лучшим косметическим эффектом, сокращением сроков лечения при аналогичных функциональных результатах [2].

Цель. Оценка результатов лапароскопической пиелопластики на этапе ее освоения и внедрения в клинику.

Материал и методы. В период с января 2009 года по февраль 2010 года было произведено 5 лапароскопических пластик гидронефроза. Все пациенты с диагнозом врожденный гидронефроз были мужчинами, во всех случаях была произведена трансперитонеальная резекционная пластика гидронефроза с антевазальной транспозицией. Всем пациентам проводилось стандартное обследование, включавшее экскреторную урографию (либо КТ с контрастированием), радиоизотопную ренографию, УЗИ и общую лабораторную диагностику. Этапы операции:

1. Введение 4 троакаров, обзорная лапароскопия.
2. Мобилизация ободочной кишки.
3. Мобилизация почечной лоханки, нижнеполярного сосудистого пучка и верхней трети мочеточника.
4. Резекция ЛМС, спатуляция мочеточника на протяжении 1,5-2 см.
5. Сшивание задней губы анастомоза антевазально непрерывным швом.
6. Антеградное стентирование (мочеточниковый JJ-стент 6Ch 26 - 28 см; стент устанавливали в мочеточник по гибкому проводнику через субкостальный порт).
7. Сшивание передней губы анастомоза и дефекта в лоханке непрерывным швом.

Таблица. Краткие данные каждого пациента

Возраст, лет	26	31	21	18	33
Пол	муж	муж	муж	муж	муж
Время операции, мин	200	210	195	245	155
Послеоперационная госпитализация, сут.	8	7	9	9	6
Срочковой дренаж, сут.	4	2	3	3	2
Катетер в мочевом пузыре, сут.	4	4	4	4	4
Сторона операции	справа	слева	справа	справа	справа
А/б профилактика, сут.	5	5	5	6	5
Предоперационные клинические симптомы	Приступообразные боли в спине	Ноющие боли в спине	Ноющие боли в спине	Ноющие боли в спине	Случайная находка при УЗИ
Нижнеполярный сосудистый пучок	+	+	+	+	+
Интраоперационная дистоскопия	-	-	-	+	-
Время устан.овки стента, мин.	20	5	12	40	15
Время наложения шва анастомоза, мин.	110	90	95	120	70
Индекс массы тела (кг/м ²)	26,5	23,4	29	19,1	19,2

8. Дренирование зоны операции через нижний 5-мм порт.

Разрез брюшины не ушивался. Мочеточниковый стент удаляли через 4 недели. Контрольное ультразвуковое исследование проводилось всем пациентам на 3 сутки, а затем через 3 и 6 месяцев после операции.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях отмечалась значительная редукция гидронефроза при послеоперационном УЗИ. Конверсий не было. Кровопотеря не превышала 50 мл. Одному из пациентов интраоперационно была проведена цистоскопия из-за сомнений в правильности установки JJ-стента. Выделения мочи по страховому дренажу не отмечалось. Длительность операции составила 155-245 мин. (med - 201). Время наложения анастомоза 70-120 мин. (med - 97). Время установки JJ-стента 5-40 мин (med - 18). У двоих пациентов отмечалась субфебрильная температура тела в течение 2 суток после операции, у остальных температура тела не повышалась. У одного из пациентов (5-го) отмечалась умеренная гематурия в течение 5 суток. Все пациенты активизировались и начинали принимать пищу на следующий день после операции. Страховые дренажи удалялись на 2-4 сутки при отсутствии жидкости в зоне операции при ультразвуковом исследовании. Уретральный катетер удаляли на 4 сутки, после чего на 6-9 сутки пациента выписывали. После удаления JJ-стента осложнений не отмечено.

Краткие данные каждого пациента представлены в таблице.

Выводы. Наш первый опыт свидетельствует о том, что при выполнении лапароскопической пиелопластики опытным хирургом с навыками интракорпорального наложения швов отмечаются хорошие функциональные результаты, а длительность операции даже на этапе освоения незначительно превышает продолжительность открытого вмешательства (по данным нашей клиники время открытой резекционной пиелопластики составляет 90-200 мин). Наибольшую трудность представляли этапы наложения анастомоза и установки JJ-стента, что объяснялось недостаточной скоординированностью работы операционной бригады. В перспективе возможно дальнейшее уменьшение продолжительности операции до 90-120 минут и еще большее снижение сроков послеоперационной госпитализации до 4-5 дней. С учетом того, что ранние результаты лапароскопических пластик гидронефроза не отличаются от таковых при открытой хирургии, морбидность, сроки госпитализации и реабилитации значительно уменьшены, и отмечается превосходный косметический эффект, лапароскопический доступ предпочтительнее при пиелопластике.

Литература:

1. *Laparoscopic dismembered pyeloplasty* / W. W. Schuessler [et al.] // J. Urol. - 1993. - Vol. 50. - P. 1795.

2. *Laparoscopic dismembered pyeloplasty: preliminary report* / F. Recker [et al.] // J. Urol. - 1995. - Vol. 53. - P. 1601.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

*Танина А.В., Можейко Л.Ф., Стебунов С.С.
ГУ "Республиканский клинический медицинский
центр" Управления делами Президента РБ,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. В настоящее время проблема диагностики и лечения доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников приобрела особую актуальность, что обусловлено возрастанием частоты данной патологии [1]. По данным разных авторов, количество пациенток с доброкачественными опухолями яичников за последние 10 лет увеличилось с 6-11% до 19-25%. Основная группа новообразований яичников (76%) представлена опухолями поверхностного эпителия и стромы яичника. Помимо истинных опухолей, в яичниках образуются опухолевидные образования, которые встречаются у 14-19% гинекологических больных в возрасте старше 45 лет. До настоящего времени вопросы диагностики опухолей яичников у женщин в постменопаузальном периоде изучены недостаточно. Значительные трудности представляет выявление яичниковых образований при их небольших размерах и отсутствии клинических проявлений, так как не всегда пальпаторно удается определить их точную локализацию. Поэтому часто такие образования выявляются только во время хирургических вмешательств по поводу хирургических заболеваний.

Цель. Определение места лапароскопии в диагностике и лечении доброкачественных опухолей яичников в постменопаузе.

Материал и методы. Анализу подверглись результаты лечения 168 пациенток с доброкачественными опухолями яичников в постменопаузе, находящихся под наблюдением в центре. Диагноз опухолей яичников основывался на данных анамнеза, влагалищного исследования, ультразвукового исследования (УЗИ) с использованием трансвагинального датчика, компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) и, при необходимости, лапароскопии. В большинстве случаев (87%) правильный диагноз устанавливался на основании хорошо собранного анамнеза, влагалищного исследования и данных УЗИ. В 13 % для установления точного диагноза потребовалось лапароскопическое вмешательство.

Результаты и обсуждение. Основными жалобами женщин с доброкачественными образованиями яичников были боли внизу живота ноющего характера (42%), маточные кровотечения (13%), нарушения функции смежных органов (5%). В то же время следует отметить, что в 40-50% наблюдений жалобы вообще отсутствуют, а патология яичников обнаруживается случайно при профосмотрах или во время операций.

Современным методом диагностики и лечения патологии яичников является лапароскопия [3]. Точность лапароскопического диагноза в отношении опухолей и опухолевидных образований яичников по нашим данным составила 98,5%. Лапароскопическое исследование дает

возможность провести точную дифференциальную диагностику. Объем вмешательства при опухолевидных образованиях яичников зависит от характера опухоли и возраста пациентки. Женщинам, находящимся в менопаузе, с истинными доброкачественными опухолями показана двухсторонняя аднексэктомия [2]. При возникновении подозрения на злокачественный характер объемного образования показано выполнение традиционного оперативного вмешательства - лапаротомии.

Выводы. Таким образом, диагностика объемных образований яичников у женщин в постменопаузальном периоде складывается из оценки клинико-анамнестических данных, вагинального исследования, ультразвукового исследования с доплером, определения уровня онкомаркеров СА-125 и СА 19-9, компьютерной или магнитно-резонансной терапии, а при необходимости, лапароскопического вмешательства. Из всех перечисленных методов исследования лапароскопия является наиболее информативной, позволяя одновременно с диагностикой выполнить оперативное лечение. Морфологическое исследование удаленного препарата способствует установлению окончательного диагноза и определяет дальнейшую тактику ведения больных.

Литература:

1. Можейко, Л. Ф. *Диагностика и лечение опухолей и опухолевидных образований у девочек подросткового возраста* / Л. Ф. Можейко // *Здравоохранение*. - 2000. - № 11. - С. 48-51.

2. Савельева, Г. М. *Лапароскопия в гинекологии* / Г. М. Савельева, И. В. Федоров. - М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. - 325 с.

3. Федоров, И. В. *Эндоскопическая хирургия* / И. В. Федоров, Е. И. Сигал, В. В. Одинцов. - М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. - 351 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА "ЛАЗУРИТ" ДЛЯ КОНТАКТНОЙ ФРАГМЕНТАЦИИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ, ПОСЛЕ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНОВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Филиппович В.А., Беляков В.В., Филиппович И.В.,
Войтехович А.И.

УО "Гродненский государственный медицинский
университет",

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. По мере применения дистанционной литотрипсии (ДЛТ) начали появляться пациенты, у которых в силу различных причин данный метод в виде монотерапии оказался неэффективным. В неблагоприятных случаях эффективность дистанционной монолитотрипсии камней мочеточников не превышает 54-68%, что заставляет прибегать к дополнительным эндоскопическим вмешательствам или открытым операциям. Контактная уретеролитотрипсия является более

инвазивным и травматичным вмешательством, чем ДЛТ. Ее эффективность зависит, кроме вышеперечисленного, и от вида контактного воздействия на камень, поэтому решение о ее применении должно учитывать возможности того или иного способа контактной литотрипсии. Новейшая разработка российских специалистов - лазерный хирургический комплекс (ЛХК) "Лазурит" совмещает в себе два разных по функциональному назначению лазера и используется для хирургического лечения целого ряда заболеваний в нескольких областях хирургии. Особенностью комплекса является фотоакустический механизм фрагментации камней и отсутствие повреждения окружающих тканей, что обусловлено техническими параметрами лазерного литотриптора: длина волны 0,54/1,08 мкм длительность импульса 1,0 мкс, макс. энергия импульса 0,16 Дж.

Цель. Задачей исследования является анализ эффективности выполненных в отделении урологии операций по лазерной контактной литотрипсии камней мочеточников, которые не поддались ДЛТ, для определения целесообразности выполнения лазерной контактной литотрипсии лазерным хирургическим комплексом "Лазурит" для данной категории больных.

Материал и методы. Нами проанализированы истории болезни 25 больных, которым безуспешно выполнено от 1 до 6 сеансов ДЛТ по поводу камней мочеточников, что явилось основанием для последующего выполнения уретероскопии и контактной лазерной литотрипсии. Локализация камня по данным экскреторной урографии и УЗИ у 16 пациентов была в нижней трети, у 8 - в средней трети, и у 1 - в верхней трети мочеточника. Возраст больных составил от 36 до 67 лет, мужчин 13, женщин - 12. Размеры камня - от 0,4 до 1,2 см. Все больные контрольно обследованы (лабораторно и УЗИ) при выписке и через 1-3 месяца после завершения лечения.

Результаты и обсуждение. 8 больным выполнена уретероскопия, во время которой были извлечены камни размером от 0,3 до 0,4 см. Лазерная литотрипсия этим больным не понадобилась. Все камни были без признаков фрагментации после проведенной ранее ДЛТ. У 12 пациентов камни были визуализированы уретероскопически, после чего им была произведена успешная лазерная литотрипсия с литоэкстракцией наиболее крупных фрагментов, что привело к выздоровлению больных. В 2 случаях камни были фрагментированы, но их фрагменты не были извлечены интраоперационно. У 2 пациентов при уретероскопии вместо камней были обнаружены стриктуры мочеточников, что потребовало соответствующего дообследования и хирургического лечения, в 1 случае уретероскоп не удалось ввести до камня. Во всех случаях вмешательство заканчивалось катетеризацией или стентированием мочеточника. Из осложнений нами отмечено: у 4 больных после операции отмечалась гематурия и уретерогидронефроз в течение 3-7 дней после удаления дренажного катетера из мочеточника.

Выводы.

1. Контактная лазерная литотрипсия камней мочеточников с использованием лазерного хирургического комплекса "Лазурит" является эффективным методом лечения камней, которые не поддались ДЛТ, так как позволяет во всех случаях фрагментировать данную категорию камней.

2. Условием для успешной контактной литотрипсии хирургическим лазером "Лазурит" является отсутствие анатомических изменений мочеточника, препятствующих введению уретероскопа с лазерным световодом до камня.

3. Имевшие место осложнения (гематурия, уретеро-гидронефроз) явились проходящими и связанными с травматизацией мочеточника уретероскопом.

4. Нами не выявлено осложнений, связанных с воздействием лазерного излучения на ткань мочеточника интраоперационно и в отдаленном (1-3 мес.) периоде.

Литература:

1. Тиктинский, О. Л. Мочекаменная болезнь / О. Л. Тиктинский, В. П. Александров. - СПб., 2000. - 384 с.

МИНИИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН СЕМЕННОГО КАНАТИКА

Филиппович В.А., Филиппович И.В.

УО "Гродненский государственный медицинский университет",

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В Беларуси в 2009 году выполнено 3619 операций по поводу варикоцеле. Подавляющее большинство врачей предпочло операцию Иванисевича. Но вероятность рецидива при этом методе достаточно высока, что обусловлено различными вариантами строения внутренней семенной вены. Кроме данной операции, в клинической практике применяются лапароскопическое лигирование внутренней семенной вены, микрохирургические операции из пахового доступа, сосудистые микрохирургические анастомозы и многие другие. Вышеперечисленные методы в связи с их сложностью, наличием серьезных осложнений и большого количества рецидивов не прижились. Современные препараты позволяют перекрывать кровоток по внутренней семенной вене путем ее антеградного заполнения склерозирующим препаратом (антеградная мошоночная склеротерапия), что резко снизило травматичность хирургического вмешательства при варикоцеле.

Цель. Внедрение методики антеградной мошоночной склеротерапии варикоцеле в повседневную практику, изучение ее осложнений, частоты рецидивов и их причин.

Материал и методы. С 2001 по 2010 год пролечено 146 больных с варикоцеле 1-3 степени в возрасте от 15 до 28 лет. У 14 пациентов был рецидив после операции Иванисевича. Все операции выполнены под местной анестезией в рентгенурологической операционной. На мошонке, в проекции семенного канатика выполнялся разрез кожи до 1 см, с выделением последнего. После рассечения фасции семенного канатика выделялась наиболее крупная из вен гроздьевидного сплетения, в просвет которой по направлению к почке вводился катетер №22G. После выполнения флебографии внутренняя семенная вена под рентгеновским контролем заполнялась препаратом для склерозирования от уровня пункции до впадения в почечную вену. Операция заканчивалась наложением шва

на разрез и суспензория на мошонку на 12 часов. Больному не разрешали вставать с постели до утра следующего дня, после чего выписывали домой после контрольного осмотра. Больным не рекомендовалось заниматься трудом в течение недели. После операции 68 больных удалось проследить в сроки от 3 до 6 месяцев после операции.

Результаты и обсуждение. Все больные удовлетворительно перенесли операцию, не отметив значимых болезненных ощущений. Длительность операции - от 10 до 30 минут. Подавляющее число больных (136 или 93%) было выписано на следующий день. 8 пациентов были задержаны на 2-3 дня и лишь 1 пациент, ввиду наличия осложнений провел в стационаре неделю. У 145 больных при выписке варикоцеле пальпаторно не определялось. У 1 пациента варикоцеле не исчезло, что, по-видимому, было связано с нарушением техники данного вмешательства. Через месяц у 2 (1,37%) пациентов был диагностирован рецидив, что потребовало повторного вмешательства, после чего варикоцеле исчезло. Данные пациенты отметили, что на 3-4 день после лечения начали интенсивно заниматься спортом, что могло способствовать "реканализации" просвета внутренней семенной вены и восстановлению патологического кровотока. У 68 больных, осмотренных через 3-6 месяцев, рецидивов и каких либо жалоб не было.

У 3 больных в области пункции отмечено образование небольших подкожных гематом, не потребовавших вскрытия и дренирования, у 5 - умеренно выраженная отечность мягких тканей мошонки, проходящая самостоятельно, у 5 - небольшие уплотнения мягких тканей в области семенного канатика, связанные с экстравазацией склерозирующего препарата, которые исчезли самостоятельно. У 1 больного развился орхит, потребовавший стационарного лечения. Причиной последнего явилась ошибочная пункция яичковой артерии с введением в последнюю склерозирующего препарата.

Выводы.

1. Антеградная мошоночная склеротерапия является простым методом лечения варикоцеле, который может быть легко освоен практикующим хирургом-урологом.

2. Количество рецидивов при использовании данного метода меньше, чем при использовании традиционных хирургических вмешательств.

3. Осложнения в большинстве случаев не требуют специального лечения, возникают в основном на стадии освоения методики и связаны с техническими погрешностями при ее выполнении.

4. Антеградная мошоночная склеротерапия является оптимальным методом лечения рецидивов после традиционных операций.

Литература:

1. Tauber, R. N. Johnsen: Antegrade scrotal sclerotherapy for the treatment of varicocele: Technique and late results / R. N. Tauber // J. Urol. - 1994. - Vol. 151. - P. 386-390.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОГРАНИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Шелкович С.Е., Демидчик Ю.Е., Прохоров А.В.
ГУО "Белорусская медицинская академия
последипломного образования",
ГУ "Белорусский государственный медицинский
университет",
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Опухоли яичников низкой степени злокачественности (пограничные) составляют 8 - 16,3% среди всех новообразований данной локализации. Они отличаются от других карцином отсутствием инвазивного роста и благоприятным клиническим течением. Проблема тактики лечения данного заболевания до настоящего времени в полной мере не решена. Единое мнение относительно рационального объема хирургического вмешательства не выработано, а показания к адьювантной химиотерапии четко не определены.

Цель. Оценить результаты и обосновать рациональные варианты хирургического лечения больных пограничными опухолями яичников в различных возрастных группах.

Материал и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе результатов лечения 104 пациенток с морфологически верифицированными пограничными злокачественными опухолями яичников, подвергнутых хирургическому лечению в Минском городском клиническом онкологическом диспансере за период с января 2002 по апрель 2010 г. Средний возраст больных - 46,7 лет, от 21 до 85 лет. Основной морфологический вариант опухолей - серозный (n=69; 66,4%). Муцинозные и смешанные карциномы встречались в 30 (28,8%) и 5 (4,8%) случаях соответственно. Доминирующий контингент больных составили лица с IA стадией заболевания (n=80; 57,7%). IB стадия диагностирована у 6 (5,8%) и IC стадия у 13 (12,5%) пациенток. II и III стадии имели место соответственно в 4 (3,8%) и 1 (1,0%) наблюдении. Особенность наблюдаемой выборки заключается в том, что более трети больных находились в репродуктивном возрасте.

Результаты и обсуждение. Стандартная операция (экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника) выполнена в 67 (64,4%) наблюдениях, в том числе у 63 (63,6%) пациенток с I стадией и у 4 (100%) со II стадией. Еще у 2 (2,0%) больных с I стадией заболевания выполнена экстирпация матки с придатками без резекции сальника. Надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекцией сальника проведена у 2 (2,0%) пациенток с I стадией опухолевого процесса. Двустороннюю аднексэктомию с резекцией сальника перенесли 6 (6,1%) больных, и еще 2 (2,0%) - в объеме двусторонней аднексэктомии без резекции сальника. Органосохраняющие вмешательства с сохранением одного яичника и матки (односторонняя аднексэктомия резекция второго яичника, удаление большого сальника и биопсия брюшины) произведены 19 (19,2%) молодым пациенткам с IA стадией заболевания. Основные показания: I стадия, молодой возраст (<40 лет) и желание сохранить репродук-

тивную функцию. Еще 6 (6,1%) молодых женщин прооперированы лапароскопически (3 - цистэктомии и 3 - односторонние аднексэктомии). Всем пациенткам с I и II стадиями выполнен полный циторедуктивный объем, хотя у 9 (8,7%) из них не был удален сальник, у 3 (2,9%) - оставлены оба яичника и у 6 (5,8%) - не производилась биопсия контрлатерального яичника. Такой условно радикальный объем хирургического вмешательства связан с тем, что эти больные изначально оперировались в гинекологических отделениях общей лечебной сети и отказались от повторного хирургического лечения. Всего в стационарах общей лечебной сети на первом этапе лечения прооперировано 65 (62,5%) женщин, из них в радикальном объеме только 24 (37,0%). Остальные 31 (47,7%) - подверглись повторному хирургическому лечению в условиях онкодиспансера и 9 (13,8%) от предложенной повторной операции по удалению сальника отказались. Единственная больная с III стадией заболевания оперирована в условиях перитонита и из-за тяжести состояния ей не был удален метастатически измененный сальник, а на курсы химиотерапии она не явилась и умерла на 3-м году наблюдения. Средний срок наблюдения по группе составил 97,8 мес. (95%ДИ 95,7 - 99,9). За время наблюдения умерла еще одна пациентка пожилого возраста от ИБС. Наблюдаемая 5-летняя выживаемость составила 96,6%. Две молодые женщины через 1-3 года после хирургического лечения в органосохранном объеме родили здоровых детей. Ни одного рецидива в процессе наблюдения не отмечено.

Выводы.

1. Из 62,5% больных пограничными опухолями яичников, изначально оперированных в гинекологических стационарах общей лечебной сети, только 37% прооперированы в радикальном объеме, а остальные вынуждены подвергаться повторному хирургическому лечению.

2. Хирургическое лечение позволяет достичь высоких показателей (%) продолжительности жизни у больных пограничными злокачественными опухолями яичников и может быть методом выбора при I стадии опухолевого процесса.

3. У больных репродуктивного возраста со злокачественными пограничными опухолями яичников I стадии допустимый объем оперативного вмешательства заключается в выполнении односторонней аднексэктомии или цистэктомии в пределах здоровых тканей с резекцией сальника, биопсией париетальной брюшины и контрольного яичника.

ИСТОРИЯ ХИРУРГИИ

Косинец А.Н., Сушков С.А. 3
Гений русской хирургии. 200 лет со дня рождения Н.И. Пирогов

Гришин И.Н. 4
Этапы развития хирургии в Беларуси

КАРДИОХИРУРГИЯ

Горбачев Е.В., Рубахов К.О. 7
Клинический опыт эксплантации донорского сердца

Жигалкович А.С., Севрукевич В.И., Рубахов К.О., Островский Ю.П. 7
Хирургическое лечение мерцательной аритмии на открытом сердце

Зеньков А.А. 8
Миниинвазивная клапанная коррекция - первый опыт

Зеньков А.А. 9
Способ миниинвазивной коррекции сочетанного митрально-ортального порока сердца

Зеньков А.А., Выхристенко К.С., Тимкин И.С., Конопелько О.В. 9
Ближайшие результаты реваскуляризации миокарда методом OPCABG FULL ARTERIAL NO TOUCH AORTA

Лавочкин В.В., Лызилов А.А. 10
Предикторы инфекционных осложнений в кардиохирургии

Лавочкин В.В., Лызилов А.А. 11
Хирургическая тактика при развитии гнойных осложнений после открытых операций на сердце в условиях искусственного кровообращения

Наготко И.В., Васильчук Л.Ф., Кардис А.И., Гнядо Ю.В., Черный В.А., Полудень Д.И., Курник В.И., Юцевич Д.Г., Семенов Р.Ю. 12
Первый опыт эндоваскулярных хирургических вмешательств при остром коронарном синдроме

Островский Ю.П., Шкет А.П., Спиридонов С.В. 13
Хирургическое лечение больных асимметричной гипертрофической кардиомиопатией

Шепетько М.Н. 13
Редкие опухоли средостения

Шкет А.П., Островский Ю.П., Корник О.С., Шумоев В.В., Андрущук В.В., Островский А.Ю., Глыбовская Т.В., Мозгова Е.А. 14
Результаты операций повторного протезирования клапанов сердца

СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

Адзерихо И.Э., Давидовский И.А., Авдей П.П., Карпович Д.И., Климчук И.П., Комиссаров В.В., Коростелев Д.Ю., Жих О.Д., Корниевич С.Н., Матвейко В.П., Воевода М.Т., Аскальдovich Е.В. 16
Гибридные технологии в лечении облитерирующего атеросклероза нижних конечностей

Адзерихо И.Э., Давидовский И.А., Карпович Д.И., Авдей П.П., Коростелев Д.Ю., Климчук И.П., Жих О.Д., Курьян Н.Л., Деркачев Н.В., Аскальдovich Е.В. 17
Ультразвуковая реканализация и стентирование в лечении окклюзирующих поражений подвздошно-бедренного сегмента

Батвинков Н.И., Наготко И.В., Васильчук Л.Ф., Кардис А.И., Черный В.А., Гнядо Ю.В., Курник В.И., Полудень Д.И., Юцевич Д.Г., Семенов Р.Ю. 17
Эндоваскулярная хирургия окклюзионно-стенотических поражений поверхностной бедренной артерии

Бонцевич Д.Н., Величко А.В., Каплан М.Л. 18
Церебральная гемодинамика при патологической извитости внутренних сонных артерий

Василевский В.П., Цилиндзь А.Т., Маслакова Н.Д., Почобут Б.И., Якубцевич Р.Э., Вихарев А.А. 19
Аутогемомангнитотерапия и квантовая гемокоррекция у ангиохирургических больных после артериальных реконструкций

Воробей А.В., Гришин И.Н., Карпович Д.И., Воевода М.Т., Давидовский И.А., Авдей П.П., Корниевич С.Н., Климчук И.П., Матвейко В.П., Комиссаров В.В. 20
Первый опыт эндоваскулярного лечения аневризм брюшной аорты

Воробей А.В., Подгайский В.Н., Мечковский С.Ю., Стасевич О.В., Батюков Д.В., Подгайский А.В., Ладутько Д.Ю., Мечковский С.С., Петрова Д.Ю. 20
Аутотрансплантация комплексов тканей при критических ишемиях

Гришин И.Н., Чур Н.Н., Чур С.Н. 21
Ангиодисплазии, их диагностика и лечение

Деркач В.В., Зеньков А.А., Сачек М.Г. 22
Результаты хирургического лечения пациентов после резекции аневризмы брюшного отдела аорты

Деркач В.В., Зеньков А.А., Сачек М.Г. 23
Тактика обследования и лечения пациентов с расслоением аневризмы интрависцерального сегмента брюшного отдела аорты и без расслоения

<i>Иванов А.В., Сорокин А.В., Лунин С.С., Синицын А.А.</i>	24	<i>Печенкин А.А., Лызилов А.А.</i>	34
Результаты стентирования периферических артерий при их атеросклеротическом поражении (анализ трёх лет наблюдения)		Рестенозы при хирургическом лечении брахиоцефальной болезни	
<i>Игнатович И.Н., Кондратенко Г.Г., Сергеев Г.А., Корниевич С.Н., Таганович Д.А., Храпов И.М., Михайлова Н.М.</i>	25	<i>Протасеевич П.В., Бувевич Д.В., Соколов К.М.</i>	35
Роль реваскуляризации в снижении количества высоких ампутаций у пациентов с критической ишемией при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы		Видеоэндоскопическая грудная симпатэктомия в лечении критической ишемии верхних конечностей	
<i>Исачкин Д.В., Янушко В.А., Турлюк Д.В., Черноглаз П.Ф.</i>	26	<i>Рыбаков Г.В., Лызилов А.А., Бонцевич Д.Н., Печенкин А.А., Маслянский Б.А., Медведский М.А., Печенкин А.Б., Тхекепадикаль В.С., Гришина И.И.</i>	36
Результаты лечения атеросклеротических поражений подключичной артерии		Результаты хирургического лечения аневризм абдоминальной аорты	
<i>Кондратенко Г.Г., Игнатович И.Н., Леонович С.И., Корниевич С.Н., Сергеев Г.А., Храпов И.М., Малиновский М.В., Михайлова Н.М.</i>	27	<i>Савицкий С.Э., Цилиндзь А.Т., Васильчук Л.Ф., Василевский В.П., Кардис А.И.</i>	37
Комплексный подход к лечению хронической критической ишемии при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы		Эндоваскулярный стентграфтинг в хирургии аневризм брюшной аорты	
<i>Лазаренко В.А., Бобровская Е.А., Ряшкина Е.В., Богданова Ю.Г.</i>	28	<i>Суковатых Б.С., Орлова А.Ю.</i>	38
Предикторы стенотических реокклюзий при артериальных реконструкциях аорты и магистральных артерий нижних конечностей		Аутоплазма, обогащенная тромбоцитами, в лечении субкритической ишемии нижних конечностей	
<i>Лызилов А.А.</i>	29	<i>Уханов А.П., Ченцов В.И., Шкурин В.Ф., Шкурин Ф.В.</i>	38
Поздние осложнения артериальных реконструкций		Повторные реконструктивные вмешательства на аорто-бедренном сегменте в результате поздних тромбозов аллотрансплантантов	
<i>Маслакова Н.Д., Киселевский Г.В., Новицкий А.А., Василевский В.П., Ославский А.И., Жотковская Т.С., Плескаевич Д.И.</i>	30	<i>Уханов А.П., Ченцов В.И., Шкурин В.Ф., Шкурин Ф.В.</i>	39
Подход к лечению атеросклероза периферических артерий нижних конечностей в сочетании с вертеброгенной радикулоишемией		Тромбирование протезов как причина повторных вмешательств на аорто-бедренном сегменте в ранний послеоперационный период	
<i>Мышлёнок Д.Ф., Зеньков А.А., Пушков И.Е.</i>	30	<i>Цилиндзь А.Т., Батвинков Н.И., Василевский В.П., Черный Д.В., Горячев П.А., Труханов А.В., Почобут ЕМ.</i>	40
Эверсионная эндартерэктомия при атеросклеротическом поражении артерий нижних конечностей. Меньше протезов?		Эффективность хирургической коррекции тромбозов и реокклюзий артерий нижних конечностей после сосудистых реконструкций	
<i>Мышлёнок Д.Ф., Зеньков А.А., Михневич А.В.</i>	31	<i>Янушко В.А., Ладыгин П.А., Турлюк Д.В., Черноглаз П.Ф., Максимчик А.В.</i>	40
Гибридная технология в лечении облитерирующего атеросклероза нижних конечностей у лиц высокого риска старшей возрастной группы		Первый опыт применения гибридной технологии в лечении критической ишемии нижних конечностей	
<i>Петухов А.В.</i>	32	<i>Янушко В.А., Турлюк Д.В., Михневич В.Б., Черноглаз П.Ф.</i>	41
Актуальные методы сравнительной оценки результатов консервативного и оперативного лечения больных ХОЗАНК		Результаты использования гибридной технологии в лечении аневризм дуги и нисходящей аорты	
<i>Петухов А.В.</i>	33	ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ	
Сравнительные результаты показателей кожной температуры у пациентов после консервативного лечения, операций не прямой и прямой реваскуляризации нижних конечностей		<i>Авзалетдинов А.М., Гарипов Р.М., Фатихов Р.Г., Чижиков А.В., Булгаков Я.У.</i>	43
		Малоинвазивные вмешательства при лечении эмпием плевры	
		<i>Бойко В.В., Краснояружский А.Г., Хащина В.А., Минухин Д.В., Корж П.И.</i>	44
		Методы хирургической коррекции стенозов трахеи	

<i>Боуфалик Р.И., Карпицкий А.С., Журбенко Г.А., Шестюк А.М., Вакулич Д.С.</i>	44	<i>Пландовский А.В., Татур А.А., Кардис В.И., Попов М.Н., Скачко В. А., Володкович Н.Н., Гончаров А.А., Михович И.Г., Кудин М.П., Климович А.Е.</i>	54
Хирургическое лечение грыж треугольника Ларрея		Видеоторакоскопические технологии в лечении спонтанного пневмоторакса	
<i>Вакулич Д.С., Карпицкий А.С., Панько С.В., Боуфалик Р.И., Шестюк А.М., Журбенко Г.А., Рыжко А.В.</i>	45	<i>Плечев В.В., Гарипов Р.М., Авзалетдинов А.М., Марфина Г.Ю., Латыпов Ф.Р.</i>	55
Применение эндохирургического блока LIGA SURE - ATLAS при синдроме легочной диссеминации		Видеоторакоскопия у больных с ранениями грудной клетки	
<i>Гончаров А.А., Татур А.А., Неровня А.М., Пландовский А.В., Кардис В.И., Смолякова О.В., Корытько Ю.Л., Татур А.А. мл.</i>	46	<i>Попченко А.Л., Стасевич В.Н., Дударев Д.В., Петрова Н.Г., Федоров К.А., Федоренко С.В.</i>	56
Результаты хирургического лечения генерализованной миастении		Оказание помощи при торакоабдоминальных ранениях	
<i>Ионис Е.Ю., Плечев В.В., Фатихов Р.Г., Исмагилов Ф.Ш., Марфина Г.Ю.</i>	47	<i>Рахимов Б.М., Руденко М.С., Слугин А.Е., Расцепкин А.Ю., Середин Л.В.</i>	57
Нейромышечные заболевания пищевода - варианты хирургического лечения		Диагностика и лечение торакоабдоминальных ранений	
<i>Карпицкий А.С., Панько С.В., Шестюк А.М., Боуфалик Р.И., Журбенко Г.А., Вакулич Д.С.</i>	48	<i>Стебунов С.С., Покляк-Вольский И.И.</i>	57
Первый опыт выполнения торакоскопической анатомической резекции легких		Торакоскопическая симпатэктомия в лечении локальных форм первичного гипергидроза	
<i>Котив Б.Н., Чуприна А.П., Ясюченя Д.А., Мельник Д.М.</i>	48	<i>Сушко А.А., Жандаров К.Н., Можейко М.А., Смирнов А.В., Кропа Ю.С.</i>	58
Использование физических методов диссекции и коагуляции тканей в торакоскопической хирургии диссеминированных процессов и периферических образований в легких		Хирургическая тактика при лечении закрытой травмы грудной клетки	
<i>Малькевич В.Т., Жарков В.В., Оситрова Л.И., Яськевич Л.С., Курчин В.П., Баранов А.Ю., Коробач С.С., Мавричев В.Ю., Еськов С.А.</i>	49	<i>Сушко А.А., Можейко М.А., Гольшико П.В., Иоскевич Н.Н.</i>	59
Значение комбинированных операций в хирургическом лечении рака грудного отдела пищевода		Использование видеоторакоскопических вмешательств и лазера Nd3+ Y3al5o12 1064 nm при резекции метастазов в легкие	
<i>Максумов Д.Т., Аманов Б.Б.</i>	50	<i>Татур А.А., Леонович С.И., Гончаров А.А., Кардис В.И., Пландовский А.В., Попов М.Н., Климович А.Е.</i>	59
Диагностика рецидивного эхинококкоза легких		Реконструктивно-восстановительные операции при трахеопищеводных свищах	
<i>Можейко М.А., Сушко А.А., Смирнов А.В., Власов О.В.</i>	51	<i>Татур А.А., Леонович С.И., Чайковский В.В., Чекан В.Л., Гончаров А.А., Стахиевич В.А., Богачев В.А., Климович А.Е.</i>	60
Лечение неопухолевых заболеваний пищевода		Реконструктивно-восстановительные операции при рубцовых стенозах трахеи	
<i>Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я.</i>	52	<i>Тимербулатов В.М., Плечев В.В., Латыпов Ф.Р., Авзалетдинов А.М., Булгаков Я.У., Марфина Г.Ю., Ионис Е.Ю.</i>	61
Тактика хирургического лечения буллезной эмфиземы легких, осложненной спонтанным пневмотораксом		Тактика лечения больных кистозно-буллезной эмфиземой легких	
<i>Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я., Ирисов О.Т.</i>	53	<i>Томашук И.И., Гомбалеvский Д. В., Пландовский В.А.</i>	62
Механизмы развития острой послеоперационной эмпиемы плевры и пути их профилактики		Видеоторакоскопические операции в 432 ГВКМЦ	
<i>Петухов В.И., Русецкая М.О.</i>	54	<i>Фатихов Р.Г., Исмагилов Ф.Ш., Чижиков А.В., Булгаков Я.У., Латыпов Ф.Р., Азизян В.С.</i>	62
Клинико-морфологические критерии дифференциальной диагностики полостных образований лёгких и заболеваний плевры		Современные аспекты лечения осложненной закрытой травмы груди	

Худайбергенов Ш.Н., Пахомов Г.Л., Ирисов О.Т., Хаялиев Р.Я., Эшонходжаев О.Д. Небулайзерная терапия в профилактике недостаточности культи бронха у больных после пневмонэктомии	63	Величко А.В., Дундаров З.А., Лин В.В. Особенности диагностики и выбор рациональной тактики лечения больных с острым холециститом	74
Худайбергенов Ш.Н., Пахомов Г.Л., Эшонходжаев О.Д., Ирисов О.Т., Хаялиев Р.Я., Возможности Т-образного эндопротезирования в лечении рубцовых стенозов трахеи	64	Вербицкий В.Г., Гмир С.В. Выбор тактики лечения тяжелых язвенных гастроудоденальных кровотечений у пациентов с высоким риском оперативного вмешательства	75
Шестюк А.М., Карпицкий А.С., Боуфалик Р.И., Панько С.В., Журбенко Г.А., Вакулич Д.С. Малоинвазивные технологии в лечении повреждений грудного отдела пищевода	65	Гарелик П.В., Дубровицкий О.И., Могилевец Э.В., Шевчук Д.А., Жибер В.М., Гульмантович С.Г. Лечение пищеводно-кардиальных кровотечений при синдроме портальной гипертензии	76
Шнитко С.Н., Пландовский В.А. Тактика хирурга при огнестрельных ранениях груди	66	Гончаров Н.Н. "Гемостатический блок" при гастроудоденальных язвенных кровотечениях	77
ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЯ			
Акимов В.П., Борисов А.Е., Кащенко В.А., Распереза Д.В. Использование видеокапсульной эндоскопии в диагностике кровотечений тонкой кишки	67	Гончаров Н.Н., Василевич В.С. Инновационные технологии в неотложной абдоминальной хирургии	77
Александрова О.С., Гаин Ю.М. Основные факторы танатогенеза сочетанной травмы живота	67	Горбачева И.В. Дифференциальные УЗ-критерии послеоперационного перитонита и кишечной непроходимости	78
Амельчя О.А., Сидорович Е.В., Шавель И.Е. Роль лапароскопии в диагностике острого аппендицита у беременных	68	Гузун В.В. Острый аппендицит во время беременности: особенности диагностики и хирургического доступа	79
Астапенко В.В., Марковский А.Г., Хмара Д.В. Лапароскопическая холецистэктомия как метод выбора при лечении острого холецистита	69	Довнар И.С., Дубровицкий О.И., Цилиндзь И.Т., Кояло С.И., Филиппович А.В., Сак В.Г. Пункционные и дренирующие желчный пузырь методы лечения острого холецистита	80
Баранов Г.А., Малов Ю.Я., Квашнин В.В., Петрук М.Н. Эффективность эндоскопической диагностики и лечения кровотечений из пищеварительного тракта	69	Дундаров З.А., Величко А.В., Адамович Д.М., Лин В.В. Красюк О.Н. Хирургическая профилактика и лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка	81
Бенедикт В.В. Острая непроходимость тонкой кишки. Роль кишечника в течении и исходе заболевания	70	Дундаров З.А., Величко А.В., Лин В.В. Морфологические особенности малосимптомных форм острого калькулёзного холецистита	81
Богушевич О.С. Оценка качества жизни пациентов с язвенным гастроудоденальным кровотечением	71	Завада Н.В. Актуальные проблемы неотложной хирургии в республике беларусь	82
Бойко В.В., Тарабан И.А., Грома Б.Г., Жиленко И.И. Распространенность острых ишемических поражений толстой кишки в структуре ургентной абдоминальной патологии и их классификация	72	Зельдин Э.Я., Шиленок В.Н., Капустин С.В., Соболев В.Н., Бородавко Н.А. Аутоотрансплантация селезеночной ткани по поводу травмы	83
Большов А.В., Третьяк С.И., Рубахов О.И. Факторы риска развития бронхолегочно-плевральных осложнений после спленэктомии	73	Ковальчук Л.А., Гусак О.М., Беденюк А.Д., Господарский А.Я. Прогнозирование качества жизни у больных с высоким риском кровотечения язвенного генеза	84

Коровин А.Я., Андреева М.Б., Кизименко Н.Н., Пасюга В.Т. Восстановление мезентериального кровотока при хирургическом лечении острой артериальной ишемии и инфаркта кишечника	85	Седун В.В. Эффективность эндоскопического гемостаза методом биполярной коагуляции	95
Костюченко М.В., Добрякова Э.А., Юанов А.А., Мхитарова Л.А. Профилактика нарушений функций печени и почек в экстренной абдоминальной хирургии	86	Семенюк Ю.С., Дзюбановский И.Я., Минич В.Г. Хирургическая тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями	96
Курбанов Ф.С., Балогланов Д.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки	86	Смотрин С.М., Гаврилик Б.Л., Апанасенко А.В. Обурационная непроходимость кишечника. вопросы диагностики, тактики и лечения	97
Лемешевский А.И., Рычагов Г.П. Проблема острой мезентериальной ишемии	87	Соломонова Г.А. Применение резекции желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финкстера при кровоточащей дуоденальной язве	98
Леонович С.И., Якубовский С.В., Василевич А.П., Протасевич А.И., Куделич О.А. Острый холецистопанкреатит: клинические особенности, тактика лечения	88	Ступин В.А., Силуянов С.В., Собиров М.А., Силина Е.В., Смирнова Г.О. Оксидантный стресс у больных с язвенными кровотечениями	99
Нарубанов П.Г., Зубовская Е.Т., Романовская Т.Р. Оценка метаболических нарушений у больных с хронической кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки	89	Ступин В.А., Силуянов С.В., Смирнова Г.О., Мартиросов А.В., Собиров М.А. Современные подходы к лечению кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки	100
Николаев Н.Е., Бибик И.Л., Потапенко И.Б. Острый аппендицит и его осложнения	90	Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Сибает В.М., Уразбахтин И.М., Фаязов Р.Р., Шарафутдинов Р.Р., Сабиров Т.Т., Файзуллин Р.Р., Бакиров Э.Р. Лапароскопическая аппендэктомия с погружением культы в кисетный шов	101
Паладий И.К., Бескиеру Е.Т., Визитиу А.В., Берлиба С. И. Комплексная профилактика посттравматических забрюшинных кровотечений	90	Тимербулатов В.М., Уразбахтин И.М., Сибает В.М., Сагитов Р.Б., Тимербулатов Ш.В., Исмагилова Ю.М., Шарафутдинов Р.Р., Бакиров Э.Р. Прогнозирование эффективности методов гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях	101
Паладий И.К., Бескиеру Е.Т., Щербина Р.С., Берлиба С. И., Шор Э.М. Информативность инструментальных методов диагностики при пельвиоабдоминальной травме, осложнившейся забрюшинным кровоизлиянием	91	Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Султанбаев А.У. Определение вида оперативного вмешательства при острой толстокишечной непроходимости и сроков его выполнения	102
Паладий И.К., Бескиеру Е.Т., Визитиу А.В., Щербина Р.С., Берлиба С. И. Особенности тактики ведения больных с сочетанной пельвиоабдоминальной травмой	92	Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Уразбахтин И.М., Сибает В.М., Кунафин М.С., Тимербулатов Ш.В., Шарафутдинов Р.Р., Бакиров Э.Р., Исмагилова Ю.М., Ямалов Р.А., Ярмухаметов И.М. Эндохирургический гемостаз острых гастродуоденальных кровотечений	103
Палеев С.А., Тарасик Л.В., Шорох С.Г., Седун В.В., Пашкевич О.П., Шершень П.И. Транс- и парапапиллярная локализация кровоточащих дуоденальных язв: выбор метода хирургического лечения	93	Третьяк С.И., Савченко А.В., Авдей Е.Л. Эндоскопическое склерозирование варикозно изменённых вен пищевода и желудка при синдроме портальной гипертензии	104
Родин А.В., Плешков В.Г., Леонов С.Д. Определение жизнеспособности кишечника при экспериментальной острой кишечной непроходимости	94		
Рожновяну Г., Цынцарь С., Гургий Р., Шор Э. "Awake" лапароскопия в лечебно-диагностическом алгоритме при открытой травме живота у "бессимптомных" пациентов	95		

<i>Уразбахтин И.М., Сагитов Р.Б., Бакиров Э.Р., Сибаяев В.М., Шарафутдинов Р.Р., Исмагилова Ю.М., Тимербулатов Ш.В., Ямалов Р.А.</i>	105	<i>Юшкевич Д.В., Завада Н.В., Ладутько И.М., Груша В.В.</i>	117
Эндоскопический гемостаз острых гастродуоденальных кровотечений в хирургической клинике		Диагностика и хирургическое лечение острого нарушения мезентериального кровообращения	
<i>Фаязов Р.Р., Сагитов Р.Б., Гареев Р.Н., Султанбаев А.У.</i>	107	ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ	
Миниинвазивные технологии в хирургии абдоминальных повреждений		<i>Аверин В.И., Свирский А.А., Черевко В.М., Дюбченко Е.В., Юрков А.И.</i>	119
<i>Фаязов Р.Р., Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н.</i>	107	Лапароскопическая санация брюшной полости у детей при послеоперационном перитоните	
Использование неинвазивных и миниинвазивных методик в диагностике и хирургическом лечении травматических повреждений печени		<i>Аверин В.И., Свирский А.А., Махлин А.М.</i>	120
<i>Фаязов Р.Р., Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н.</i>	108	Органосохраняющие операции при кистах селезенки у детей	
Сохраняющие и замещающие селезенку оперативные пособия в хирургии абдоминальных повреждений		<i>Андиленко В. М., Шмаков А.П., Зуев Н.И.</i>	120
<i>Фомин С.А.</i>	109	Функциональная нагрузочная проба в диагностике обструктивных поражений мочевыводящей системы	
Наш опыт хирургического лечения острого аппендицита из косога параректального мини-доступа		<i>Баранов С.Ю.</i>	121
<i>Фомин С.А.</i>	110	Применение сигмостомии на этапах коррекции аноректальной патологии у детей в Республике Беларусь	
Оптимизация способа зашивания операционной раны при аппендэктомии из мини-доступа		<i>Баранов С.Ю.</i>	123
<i>Фомин С.А.</i>	111	Гнойный оментит в структуре ургентной абдоминальной патологии у детей гомельского района за период 1997 - 2009 гг.	
Психологическое здоровье пациентов после различных способов зашивания операционной раны при аппендэктомии		<i>Баранов С.Ю., Воронецкий А.Н.</i>	124
<i>Хамидов М.Г., Курбонов К.М.</i>	111	Использование видеолапароскопической техники в скрининге абдоминального болевого синдрома у детей Гомельского района	
Эндовидеохирургические вмешательства при перфоративных гастродуоденальных язвах		<i>Верин В.М., Зайцев Д.В., Караневич А.И.</i>	125
<i>Шапошников В.И., Овчарова С.Н.</i>	112	Пути оптимизации диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей	
Использование жировых эмульсий при лечении спаечной кишечной непроходимости		<i>Верин В.М., Зайцев Д.В.</i>	126
<i>Шор Э.М.</i>	113	Некоторые аспекты неотложной хирургии у детей	
Опыт лапароскопического ушивания перфоративной язвы в Молдове - ближайшие и отдаленные результаты		<i>Верин В.М., Никуленков А.В.</i>	127
<i>Шотт А.В., Кубарко А.И., Василевич А.П., Протасевич А.И., Казуцик В.Л., Фарнин Р.В.</i>	114	Раннее интраабдоминальное осложнение после вентрикулоперитонеостомии	
Состояние тканевого кровообращения при остром аппендиците и холецистите		<i>Воронецкий А.Н., Баровский А.Н., Предко С.Н.</i>	128
<i>Шулейко А.Ч., Воробей А.В., Вижинис Е.И., Шарилон С.М.</i>	115	Этиологическая диагностика и лечение острого гематогенного остеомиелита у детей	
Усовершенствованная хирургическая тактика при тонкокишечной непроходимости		<i>Дегтярёв Ю.Г., Коростылев О.Ю.</i>	129
<i>Юсиф-заде К., Салаев А., Аскерова Г., Ахмедзаде Э.</i>	116	Оценка эффективности применения электростимуляции анальных сфинктеров	
Использование и эффективность эндоскопических методов лечения при кровотечениях различного генеза из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта		<i>Дегтярев Ю.Г., Аверин В.И.</i>	130
		Стационарзамещающие технологии в детской хирургии	
		<i>Дмитриев Ю.В., Шайдулин С.В., Баровский А.Н.</i>	131
		Плановая лапароскопическая спленэктомия у детей с применением лапароскопического диссектора Ligasure	

<i>Дубровин А.Г., Годик О.С., Жежера Р.В.</i> Хирургическое лечение допечёночной формы портальной гипертензии у детей	132	<i>Хмеленко А.В., Ковальчук В.И.</i> Результаты хирургического лечения крипторхизма у детей	142
<i>Зуев Н.Н., Шмаков А.П., Питкевич А.Э., Зуева О.С.</i> Характеристика гормонального статуса у детей с крипторхизмом	132	<i>Худайбергенев Ш.Н., Исмаилов Д.А., Алимов М.М., Турсунов Н.Т., Аманов Б.Б.,</i> Современные методы диагностики и профилактики рецидива эхинококкоза у детей и подростков	142
<i>Катько В.А.</i> Лечение неограниченного аппендикулярного перитонита у детей	133	<i>Шейбак В.М.</i> Результаты лечения детей с химическими ожогами пищевода	143
<i>Кепеть В.А.</i> Этапная остеосцинтиграфия в лечении острого гематогенного остеомиелита у детей	134	<i>Шейбак В.М., Ковальчук В.И., Мацкевич Б.И.</i> Особенности клиники и диагностики опухолей брюшной полости у новорожденных	144
<i>Кепеть В.А., Проценко Е.Ю., Аринчин В.Н., Прокопеня Н.С.</i> Рентгенологическая картина острого гематогенного остеомиелита у детей в зависимости от регионарного кровообращения	135	<i>Шейбак В.М.</i> Анализ ведения послеоперационного периода у детей с острым флегмонозным аппендицитом	145
<i>Ковальчук В.И., Новосад В.В., Новосад Е.А., Малышко Н.А.</i> Кисты брюшной полости у новорожденных	135	<i>Шмаков А. П., Андилевко В. М., Зуев Н. И.</i> Функциональная нагрузочная проба в диагностике обструктивных поражений мочевыводящей системы	145
<i>Кривченко Д.Ю., Притула В.П., Дубровин А.Г., Яременко В.В., Сильченко М.И., Хуссейны С.Ф., Метленко А.В.</i> Комплексное лечение гидатидозного эхинококкоза печени у детей	136	<i>Шмаков А.П., Литвяков М.А., Литвяков А.М.</i> Атерогагенез в детской хирургической практике	146
<i>Мацкевич Б.И., Шейбак В.М.</i> Пути совершенствования организации хирургической помощи детям в Республике Беларусь	137	<i>Шмаков А.П., Жебентяев А.А., Зуев Н.И., Зуев Н.Н., Питкевич А.Э.</i> Об организации андрологической помощи детям Республики Беларусь	147
<i>Никифоров А.Н., Аверин В.И., Дегтярев Ю.Г., Дардынский А.В., Новицкая С.К.</i> 40-летний опыт лечения детей с болезнью Гиршпрунга	138	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ	
<i>Никифоров А.Н., Дегтярев Ю.Г.</i> Трансплантация печени у детей. возможные пути решения	139	<i>Андреев А.Л., Глобин А.В., Чуйко С.Г.</i> Лапаростомия с использованием полипропиленовой сетки и перфорированной полиэтиленовой пленки и программируемая этапная санация брюшной полости	149
<i>Питкевич А.Э., Шмаков А.П.</i> Первый опыт применения программно-аппаратного комплекса "Омега-М" для оценки функционального состояния детей	139	<i>Бордаков В.Н., Блахов Н.Ю., Пацай Д.И., Чуманевич О.А., Саевич В.В.</i> Малоинвазивные вмешательства в диагностике и лечении послеоперационного перитонита	149
<i>Питкевич А.Э., Лопатнев В.Е., Шмаков А.П., Зуев Н.Н.</i> Метод закрытой ручной репозиции в лечении юношеской варусной деформации	140	<i>Барсуков К.Н.</i> Релапаротомия в лечении послеоперационных абсцессов брюшной полости	150
<i>Садыхов Ф.Г., Сабиров Т.Т., Гадельшин Э.С., Сагитов Р.Б., Феоктистов В.П., Багдасаров Ю.В., Калимуллин И.М., Файзуллин Р.Р., Ишмухаметов Г.Ш.</i> Торакоскопическое лечение эмпием плевры у детей	141	<i>Барсуков К.Н., Рычагов Г.П.</i> Место и роль релапаротомии в лечении третичного перитонита	151
		<i>Барсуков К.Н., Рычагов Г.П.</i> Релапаротомия в хирургии брюшной полости	152
		<i>Безводицкая А.А.</i> Местное применение аппарата "Пульсар" при лечении гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы	153

<i>Блушитейн Г.А., Чолахян А.В.</i>	153	<i>Деркачев В.С., Деркачева Н.В.</i>	163
Клиническая эффективность препарата "Коллапан" в лечении больных хроническим посттравматическим остеомиелитом		Диагностика посттравматического остеомиелита с применением магнитно-резонансной томографии	
<i>Большов А.В., Третьяк С.И., Федорук А.М., Авдей Е.Л.</i>	154	<i>Довгалевиц И.И., Мартинович А.В., Зайцев М.Ф.,</i>	163
Причины, диагностика и лечение поддиафрагмальных скоплений жидкости, развивающихся после спленэктомии		Хирургическая реабилитация больных с инфицированными переломами	
<i>Бордаков В.Н., Деркачев В.С., Сухарев А.А., Вароницкий Г.Н., Романов О.А.</i>	155	<i>Дундаров З.А., Адамович Д.М., Рубанов Л.Н., Клецкова И.К.</i>	164
Применение остеозамещающих материалов при лечении инфицированных дефектов костей		Проблема синдрома диабетической стопы в Гомельской области	
<i>Бордаков В.Н., Блахов Н.Ю., Пацай Д.И.</i>	156	<i>Дундаров З.А., Адамович Д.М., Рубанов Л.Н., Клецкова И.К.</i>	165
Современные методы диагностики послеоперационных внутрибрюшных осложнений		Структура впервые выполненных оперативных вмешательств при синдроме диабетической стопы в Гомельской области	
<i>Бордаков В.Н., Блахов Н.Ю., Пацай Д.И.</i>	157	<i>Казаков Ф.И., Кирковский В.В., Старостин А.В.</i>	166
Современные технологии лечения послеоперационных внутрибрюшных осложнений		Применение гемокарбоперфузии в комплексном лечении больных с гнойно-септическими заболеваниями	
<i>Бронтвейн А.Т., Баранов Г.А., Скалозуб О.И., Чуванов М.В.</i>	157	<i>Климович И.И., Дорошенко Е.М.,</i>	167
Иммунологические аспекты терапии сепсиса в хирургической практике		Коррекция аминокислотного дисбаланса при облитерирующем атеросклерозе на фоне сахарного диабета	
<i>Булавкин В.П., Кутько А.В., Осипенко А.В., Третьяков А.А., Пилант Д.А.</i>	158	<i>Корик В.Е., Жидков С.А., Трухан А.П.</i>	167
Реваскуляризация в лечении гнойно-некротических форм диабетической стопы		Анализ летальности от перитонита, по данным аутопсии	
<i>Воробей А.В., Ильюшонок В.В., Курьян Н.Н., Шкурин С.В.</i>	159	<i>Косинец В.А., Матусевич Е.А., Адаменко Г.П.</i>	168
Малоинвазивные вмешательства под УЗИ-контролем в лечении псевдокист и абсцессов брюшной полости		Иммунокорригирующие свойства реамберина при распространенном гнойном перитоните	
<i>Гинюк Е.А., Рычагов Г.П., Русинович В.М., Родич А.В., Метельская Е.В., Мостович П.В., Годнев В.Г.</i>	159	<i>Кравцевич Л.А.</i>	170
Актуальность острого парапроктита		Эффективность местного применения низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	
<i>Гинюк В.А., Рычагов Г.П., Русинович В.М.</i>	160	<i>Кубраков К.М., Акуленок А.В.</i>	170
Светодиодная терапия в комплексном лечении острого парапроктита		Метод прогнозирования летальных исходов у нейрохирургических больных с гнойными менингоэнцефалитами	
<i>Горбачева И.В., Лебедской-Тамбиев А.Г.</i>	161	<i>Ликсутов Е.А., Сидорчук Р.И., Полянский О.И., Бурега А.С., Сидорчук Л.П., Павлович Х.В.</i>	171
Роль ультрасонографии в динамическом наблюдении за больными с лапаростомой		Структура заболеваемости синдромом диабетической стопы по Черновицкому региону	
<i>Дану М.И., Павлюк Г.В.</i>	162	<i>Линов А.Л., Воронович А.И., Корзун О.А.</i>	172
Опыт лечения гнойно-воспалительных процессов нижних конечностей у больных сахарным диабетом пожилого возраста с сопутствующей патологией		Алгоритм диагностики инфекционного процесса в зоне искусственного тазобедренного и коленного суставов после операций эндопротезирования	
<i>Демидов А.И., Синкевич И.И., Бордаков В.Н.</i>	162		
Малоинвазивные вмешательства в лечении абсцессов брюшной полости			

<i>Полынский А. А., Милешко М.И., Хильмончик И.В., Филиппович А.В., Жук Д.А.</i>	173	<i>Стець Н.М., Насташенко И.Л., Молнар И.М., Собко А.А., Негря Е.В.</i>	184
Тактика и лечение при остром анаэробном парапроктите		Место современных миниинвазивных и экстракорпоральных методов в профилактике развития билиарного сепсиса у больных с механической желтухой	
<i>Предко В.А., Спас В.В., Якубевич Р.Э.</i>	174	<i>Стражеску Г., Бужор П., Круду О., Павлюк Г., Дану М.</i>	185
Влияние терапии на обмен оксида азота при сепсисе		Сепсис - синдром "Медиаторной бури"	
<i>Русин В.И.</i>	174	<i>Стручков Ю.В., Горбачева И.В.</i>	185
Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения и растворов фотосенсибилизаторов на основных возбудителей неспецифического перитонита		Динамическое послеоперационное ультразвуковое наблюдение в абдоминальной хирургии	
<i>Рычагов Г.П., Барсуков К.Н.</i>	175	<i>Сушков С.А., Небылицин Ю.С., Фролов Л.А., Матющенко В. В.</i>	186
Третичный перитонит как причина релапаротомии		Состояние коагуляционного гемостаза у пациентов с распространенным перитонитом	
<i>Светлицкая О.И.</i>	176	<i>Татур А.А., Кудин М.П., Гончаров А.А., Кардис В.И., Скачко В.А., Пландовский А.В., Попов М.Н.</i>	187
Абдоминальный сепсис и коагулопатия - патофизиология и современная концепция лечения		Диагностика и радикальное хирургическое лечение остеомиелитов грудины	
<i>Сидорчук Р.И., Павлович К.В., Хомко О.Й., Сидорчук Л.П., Плегуца А.М.</i>	177	<i>Фаязов Р.Р., Кунафин М.С., Сибаев В.М., Мехдиев Д.И., Чистоступов К.С., Ефремова О.А.</i>	188
Местное лечение гнойных ран и трофических язв препаратом "гентаксан" на фоне отягощенного общего состояния больных		Новые подходы к комплексному лечению рожистого воспаления в хирургической клинике	
<i>Смотрин С.М., Кузнецов А.Г., Омельченко С.Г.</i>	178	<i>Шишло И.Ф.</i>	189
Дифференцированный подход при хирургическом лечении гнойно-некротических поражений стопы		Эффективность выявления дефекта полого органа при послеоперационном перитоните	
<i>Совцов С.А., Прилепина Е.В.</i>	178	<i>Чур Н.Н., Чур С.Н.</i>	190
Значение внутрибольничного бактериологического мониторинга в лечении хирургических больных		Гнойно-некротические процессы и антибиотикотерапия	
<i>Соколов Ю.А., Алексеев С.А.</i>	179	<i>Чур Н.Н., Подгайский В.Н., Чур С.Н., Козловский А.А.</i>	191
Анализ частоты и структуры расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов при распространенном перитоните		Синдром диабетической стопы и некоторые аспекты хирургического лечения	
<i>Соколов Ю.А., Алексеев С.А.</i>	180	<i>Polevoy V.P., Sydorчук R.I., Fomin P.D., Solovay YU. M., Sydorчук I.I., Sydorчук L.P.</i>	191
Оценка информативности критериев синдрома системного воспалительного ответа в прогнозировании неблагоприятного исхода распространенного перитонита		Abdominal sepsis: efficacy of passive immunotherapy	
<i>Соловей Ю.Н., Полевой В.П.</i>	181	ПАНКРЕАТОЛОГИЯ	
Эффективность использования иммуномодулирующей терапии в комплексном лечении острого распространенного перитонита		<i>Белорусец В.Н., Радиевский И.Л., Гусинец А.С., Шестюк А.М., Деркач И.Н., Завистович Г.А., Павлов Б.М.</i>	193
<i>Старостин А.В., Кирковский В.В., Дусь Д.Д., Казаков Ф.И., Лобачева Г.А., Седелкина Е.Л.</i>	182	Лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки при остром деструктивном панкреатите	
Биоспецифический полимиксинпришитый гемосорбент в лечении тяжелых инфекционно-септических осложнений различного генеза		<i>Булавкин В. П., Зеньков А. К., Лапоухов Г. Д.</i>	194
<i>Старостин А.В., Кирковский В.В., Седелкина Е.Л., Черкасов Е.В., Казаков Ф.И.</i>	183	Хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза	
Первый опыт сочетанного использования гемосорбции на полимиксинсодержащем и антипротеазном гемосорбентах в комплексном лечении тяжелых форм гнойно-септических процессов			

<i>Воробей А.В., Лурье В.Н., Вижинис Е.И., Карпович Д.И.</i>	194	<i>Завада Н.В., Гаин Ю.М., Груша В.В., Ладутько И.М., Булгак С.А., Лазаревич Н.А.</i>	203
Ангиоэмболизация ложных постпанкреонекротических аневризм в бассейне чревного ствола		К вопросу о хирургическом лечении панкреонекроза	
<i>Габоян А.С., Климов А.Е., Малюга В.Ю., Черепанова О.Н., Бархударов А.А.</i>	195	<i>Клименко А.В., Никоненко А.С., Клименко В.Н., Стешенко А.А.</i>	204
Технические аспекты реконструктивного этапа гастропанкреатодуоденальной резекции при периампулярном раке		Проблемы хирургического лечения хронического панкреатита на современном этапе	
<i>Гарелик П.В., Мармыш Г.Г., Цилиндзь И.Т., Довнар И.С., Пакульневич Ю.Ф., Амоев Р.В., Казак И.М.</i>	196	<i>Климович И.Н., Жидовинов Г.И., Лопастейский Д.С., Маскин С.С.</i>	205
Наш опыт применения малоинвазивных вмешательств при лечении острого деструктивного панкреатита		Профилактика гнойных осложнений при панкреонекрозах	
<i>Гарелик П.В., Колешко С.В., Пакульневич Ю.Ф., Дешук А.Н., Жемойтяк Р.Р.</i>	196	<i>Клюйко Д.А., Корик В.Е., Жидков С.А.,</i>	206
Тиотриазолин в лечении острого деструктивного панкреатита		Постмортальные изменения в ткани поджелудочной железы, регистрируемые методом прямой оксиметрии в эксперименте	
<i>Гидирим Г., Георгица В., Берлиба С., Шор Э.</i>	197	<i>Клюйко Д.А., Корик В.Е., Жидков С.А.</i>	207
Некоторые аспекты диагностики и комбинированного медикаментозного и лапароскопического лечения в раннем периоде тяжелых форм острого панкреатита		Влияние острого нарушения магистрального кровообращения на оксигенацию ткани поджелудочной железы	
<i>Дешук А.Н., Пакульневич Ю.Ф.</i>	198	<i>Кондратенко Г.Г., Протасевич А.И., Соколовский П.А., Василевич А.П., Троянов А.А., Дудко А.А., Рябычина Т.А., Глецевич О.Е.</i>	208
Анализ результатов лечения больных острым панкреатитом на фоне делириозного состояния		Роль чрезкожного дренирования под УЗ-контролем в лечении панкреатогенных жидкостных образований	
<i>Дундаров З.А., Величко А.В., Красюк О.Н., Адамович Д.М., Лин В.В.</i>	199	<i>Коровин А.Я., Авакимян С.В., Гедзюн Р.В.</i>	208
Хирургическое лечение осложнений псевдокист головки поджелудочной железы		Лечение панкреатогенного перитонита	
<i>Дундаров З.А., Красюк О.Н., Величко А.В.</i>	199	<i>Кулиш В.А., Андреев А.В., Авакимян С.В., Бочкарева И.В., Коровин А.Я.</i>	209
Проксимальные резекции поджелудочной железы в лечении хронического панкреатита		Миниинвазивное лечение осложнений некротизирующего панкреатита	
<i>Есепкин А.В., Кондратенко Г.Г., Леонович С.И.</i>	200	<i>Леонович Э.И., Лавинский Х.Х.</i>	210
Фармакотерапия гиперпродукции α -ФНО при остром панкреатите легкого течения		Роль энергетического обмена в развитии острого панкреатита	
<i>Есепкин А.В., Кондратенко Г.Г., Леонович С.И.</i>	201	<i>Леонович С.И., Кондратенко Г.Г., Протасевич А.И., Куделич О.А., Ромейко Н.В., Троянов А.А.</i>	211
Применения препарата ремикейд при лечении деструктивного панкреатита в эксперименте		Хронический панкреатит - хирургическая проблема	
<i>Жандаров К.Н., Безмен И.А., Русин И.В., Ушкевич А.Л., Белюк К.С., Обуховская Н.С.</i>	202	<i>Литвин А.А., Раголевич Г.С., Свистунов С.В., Хоха В.М.</i>	212
Хирургическое лечение хронического панкреатита и его осложнений		Тактика этапного комбинированного хирургического лечения острого некротизирующего панкреатита	
<i>Жандаров К.Н., Безмен И.А., Савицкий С.Э., Русин И.В., Ушкевич А.Л., Белюк К.С., Кухта А.В., Обуховская Н.С.</i>	203	<i>Литвин А.А., Юргель А.В., Анасович Д.В., Филатов А.А., Ковалев В.А., Прус А.В.</i>	212
Миниинвазивная и эндоскопическая хирургия в лечении острого деструктивного панкреатита		Способ дифференциальной диагностики стерильного и инфицированного панкреонекроза	

<i>Майоров В.М., Дундаров З.А., Подольский А.Л.</i>	213	<i>Сычиков Н.В.</i>	222
Парапанкреатит как облигатный компонент панкреатической деструкции по данным аутопсии		Пилородуоденоеюнопластика как патогенетически обоснованный метод коррекции хронического панкреатита	
<i>Малюга В.Ю., Климов А.Е., Федоров А.Г., Давыдова С.В., Габоян А.С., Бархударов А.А.</i>	214	<i>Сятковский А.Р., Щастный А.Т., Кугаев М.И., Лярский С.П., Сапко. Г.Ф.</i>	223
Эндоскопические вмешательства у больных с хроническим панкреатитом, осложненным механической желтухой		Лапароскопический дренаж псевдокист поджелудочной железы	
<i>Маскин С.С., Гольбрайх В.А., Жидовинов Г.И., Ермолаева Н.К., Лопастейский Д.С., Иголкина Л.А.</i>	215	<i>Тарасенко А.В.</i>	224
Поражение забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе		Особенности деструктивных проявлений и развития осложнений при остром деструктивном панкреатите по результатам патологоанатомического анализа	
<i>Надыров Э.А., Майоров В.М., Адамович Д.М.</i>	215	<i>Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Седун В.В., Неверов П.С., Козик Ю.П., Хваленов Д.В., Можак Д.Д.</i>	225
Морфологические проявления синдрома энтеральной недостаточности при остром деструктивном панкреатите		Дифференцированная хирургическая тактика в лечении ложных аневризм сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны	
<i>Неверов П.С., Кондратенко Г.Г.</i>	216	<i>Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Неверов П.С., Козик Ю.П., Юшкевич А.В.</i>	226
Патогенетически обоснованные подходы к лечению острого панкреатита		Радикальные повторные и реконструктивные операции на поджелудочной железе при панкреатогенных кровотечениях	
<i>Подолинский С.Г., Фомин А.В., Капусин С.В., Подолинский Ю.С.</i>	217	<i>Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Шорох С.Г., Козик Ю.П., Неверов П.С.</i>	227
Малоинвазивные вмешательства в лечении острого панкреатита		Патоморфологические механизмы развития панкреатогенных кровотечений	
<i>Прохоров А.В., Ращинский С.М., Демидчик Ю.Е., Гладышев А.О.</i>	218	<i>Торбунов А.С., Сорокин. Д.К., Шершинёв Н.И., Пушинов А.В., Рудков Ю.В.</i>	228
Объемные поражения головки поджелудочной железы. Дифференциальная диагностика и выбор метода хирургического лечения		Хирургическое лечение хронического панкреатита	
<i>Ращинский С.М., Третьяк С.И., Ращинская Н.Т., Авдевич Д.А.</i>	219	<i>Третьяк С.И., Прохоров А.В., Ращинский С.М., Ращинская Н.Т.</i>	229
Анализ распространенности и этиологических факторов, вызывающих хронический панкреатит		Результаты лечения больных хроническим панкреатитом, перенесших панкреатодуоденальную резекцию и неанатомическую резекцию головки поджелудочной железы в варианте операции Фрея	
<i>Ращинский С.М., Третьяк С.И., Баранов Е.В., Козлов В.Г., Ращинская Н.Т., Глинник А.А., Громак А.Ф., Невмержицкий М.П.</i>	219	<i>Ушкевич А.Л., Жандаров К.Н., Бельюк К.С., Прокопчик Н.И., Трухачева Т.В., Шляхтин С.В.</i>	230
Совершенствование хирургической тактики при острых перипанкреатических кистах поджелудочной железы		Накопление и распространение фотосенсибилизатора "фотолон" в тканях поджелудочной железы и жировой клетчатке забрюшинного пространства	
<i>Ревель-Муроз Ж.А.</i>	220	<i>Фомин А.В., Ковалёва Л.А., Володькин В.В., Балейко В.И., Суханова А.П.</i>	230
Лечение больных фиброзирующим хроническим панкреатитом путем лазерной туннелизации поджелудочной железы		Клинико-психологическое обоснование реабилитации больных панкреатитом	
<i>Савостенко И.Я., Ковалкин Е.П., Ковалев С.А., Цховребов Е.Е.</i>	221	<i>Фомин А.В., Москалёв К.В., Фомин Ф.А.</i>	231
Результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом за 2007-2008 гг.		Типы отношения к болезни при панкреатите	
		<i>Харьков Д.П., Федорук А.М., Руммо О.О., Щерба А.Е., Авдей Е.Л., Савченко А.В.</i>	232
		Оптимизация подходов в лечении псевдокист поджелудочной железы	

Харьков Д.П., Федорук А.М., Руммо О.О., Щербя А.Е., Авдей Е.Л., Савченко А.В. Оригинальный малоинвазивный способ лечения хронических псевдокист поджелудочной железы	233	Гарипов Р.М., Авзалетдинов А.М., Трофимов В.А., Исмагилов Ф.Ш., Ионис Е.Ю., Чижиков А.В. Новый доступ в хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы	243
Хоха В.М., Литвин А.А., Хоха Д.В., Лобанков В.М. Пункционно-дренирующие вмешательства под КТ- контролем при тяжелом остром панкреатите	233	Гришин И.Н., Лобко П.И., Бордаков В.Н., Перелыгин Я.Л., Бочко В.Н., Чур Н.Н., Руденок В.В., Тихон В.К., Лагодич С.Н., Лой А.В. Первичные функциональные стенозы пищеварительного тракта (гипо- и аганглиоз)	244
Щастный А.Т., Лярский С.П., Сятковский А.Р., Кугаев М.И., Украинец Е.А., Люцко И.А., Сапко Г.Ф. Дуоденумсохраняющая резекция поджелудочной железы при лечении хронического панкреатита с преимущественным поражением головки	234	Дзюбановский И.Я., Яворский А.М. Выбор метода хирургического лечения у больных с декомпенсированными язвенными пилородуоденальными стенозами	244
Щастный А.Т., Кугаев М.И., Сятковский А.Р. Абдоминальная боль при хроническом панкреатите, ее зависимость от макроскопических изменений поджелудочной железы	235	Журавский В.П., Картавинов Г.М., Бураков А.П. Лапароскопическая фундопликация по ниссену при аксиальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, осложненной кровотечением	245
Щастный А.Т., Кугаев М.И., Сятковский А.Р., Лярский С.П. Результаты хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы	236	Журбенко Г.А., Боуфалик Р.И., Карпицкий А.С., Панько С.В., Шестюк А.М., Вакулич Д.С. Метод лапароскопического лечения ахалазии кардии	246
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ			
Батвинков Н.И., Божко Г.Г. Хирургическое лечение пациентов с хроническим нарушением дуоденальной проходимости	238	Ковальчук Л.А., Беденюк А.Д., Футуйма Ю.М., Чонка И.И. Регионарный кровоток, моторно-эвакуаторная и кислотообразующая функция желудка и двенадцатиперстной кишки при осложненной язвенной болезни желудка	247
Берещенко В.В., Шебушев Н.Г., Борсук А.Д., Аничкин В.В., Богданович В.Б. Эндоскопическое лечение доброкачественных полиповидных образований желудка	239	Лобанков В.М., Камбалов М.Н. Хронобиологические аспекты острых осложнений язвенной болезни	279
Бовтюк Н.Я., Рычагов Г.П. Три варианта фундозофагокрурорафии для хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	239	Лысов А.И., Луд Н.Г. Качество жизни пациентов, перенесших гастрэктомию по поводу рака	250
Бовтюк Н.Я., Фицнер А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь при патологии желчных путей и холециститах	240	Порембская О.Я. Особенности лимфооттока при кардиоэзофагеальном раке	251
Бовтюк Н.Я., Хотилковская И.И. Определение показаний к эндоскопической внутрипросветной пликацией у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ)	241	Призенцов А.А., Скуратов А.Г. Хирургическое лечение декомпенсированного дуоденального стеноза с ахлоргидрией	252
Бойко В.В., Савви С.А., Тарабан И.А., Лазирский В.А., Лыхман В.Н. Возможности использования илеоцекального сегмента кишечника в хирургии местнораспространенного рака желудка и пищевода	242	Радиеский И.Л., Гусинец А.С., Денищик В.М. Малоинвазивные органосохраняющие операции в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки	252
		Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я. Ближние и отдаленные результаты хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	253

<i>Рычагов Г.П., Семенчук И.Д.</i>	254
Эволюция лечебной тактики и методов хирургического лечения язвенной болезни	
<i>Сивец Н.Ф., Шафалович С.В., Михайлов В.В., Котов В.П., Дурович П.Г.</i>	255
Эндоскопическая пластика грыж пищеводного отверстия диафрагмы	
<i>Тимербулатов В.М., Сибаетов В.М., Сагитов Р.Б., Уразбахтин И.М., Шарафутдинов Р.Р., Бакиров Э.Р., Исмагилова Ю.М.</i>	256
Комбинированные миниинвазивные операции при гастродуоденальных язвах	
<i>Хотилковская И.И., Бовтюк Н.Я., Козлов И.Б., Муковозова И.Л., Цыганкова О.В., Журавский А.В., Воронай В.И., Микулко И.И., Матюк Ю.С., Стебурако Н.А.</i>	258
Определение заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) у населения Республики Беларусь	
<i>Шапошников В.И.</i>	259
Лечение хронического дуоденостаза	
<i>Шотт В.А.</i>	260
Микробное инфицирование шва гастроэюноанастомоза при резекции желудка по Бильрот - 2	
<i>Emin Ahmed oglu Ersoy, Юсиф-заде К.</i>	261
Хирургическое лечение симптоматической гастроэзофагеальной рефлюксной болезни методом лапароскопической фундопликации	
<i>Юркова Е.А.</i>	261
Экспериментальные способы оптимизации заживления операционной раны желудка	
<i>Юсиф-заде К., Алиева М., Аскерова Г., Ахмедзаде Э.</i>	262
Особенности безопасной двухступенчатой полипэктомии при полипах желудочно-кишечного тракта	
<i>Юсиф-заде К., Гасанов Э., Билалова Р., Садиев М.</i>	263
Лапароскопическая фундопликация по Ниссен-Розетти у больных с рефлюкс-эзофагитом и параэзофагеальными грыжами	
<i>Якута И.С., Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Палеев С.А., Шорох С.Г., Седун В.В., Можак Д.Д., Хваленов Д.В.</i>	264
Эндовидеохирургические методы лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, осложненной кровотечением	

ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Александров С.В.</i>	265
Применение лазера МУЛ в гепатобилиарной хирургии	
<i>Ангелич Г.А., Цыбырнэ К.А., Писаренко С.С., Морару В.А.</i>	265
Лапароскопическая холецистэктомия у больных с циррозом печени	
<i>Бабалич А.К., Войтенко В.К., Петрова Т.А., Трофимов П.С.</i>	266
Последствия лапароскопической холецистэктомии	
<i>Белюк К.С., Жандаров К.Н., Батаев С.А., Русин И.В., Русин Н.И.</i>	266
Оперативное лечение желчнокаменной болезни и ее осложнений	
<i>Белюк К.С., Жандаров К.Н., Кулага А.В., Карпович В.Е.</i>	267
Папиллосфинктеротомия в одноэтапном лечении холедохолитиаза	
<i>Воробей А.В., Вижинис Е.И., Орловский Ю.Н., Деркачева Н.В., Лагодич Н.А., Шулейко А.Ч.</i>	268
Диагностика и хирургическое лечение ятрогенных повреждений желчных протоков	
<i>Воробей А.В., Ивашко М.Г., Александров С.В., Лагодич Н.А., Денисова Л.П., Журонова А.М., Любецкая А.П.</i>	268
Малоинвазивные методы в диагностике и лечении крупных конкрементов внепеченочных желчных протоков	
<i>Гирса В.Н.</i>	269
Клиническое значение и диагностика билиарного сладжа	
<i>Гуща В.И.</i>	270
Лапароскопическая холецистэктомия по данным хирургического отделения районной больницы	
<i>Дзюбановский И.Я., Галей Н.М., Смачило И.И., Дзюбановский О.И.</i>	270
Этапность хирургического лечения больных с обтурационной желтухой, обусловленной холедохолитиазом	
<i>Дундаров З.А., Величко А.В., Красюк О.Н.</i>	271
Хирургическое лечение больных раком проксимальных желчных протоков	
<i>Дябкин Е.В., Дунаевская С.С.</i>	272
Скрининг-диагностика определения степени тяжести при механической желтухе неопухолевого генеза	
<i>Ерушевич А.В., Кутько Д.П., Шаппо Г.М., Третьяков В.А., Самусевич С.Л., Скудский М.М.</i>	273
Результаты лечения опухолевых поражений печени	

Жандаров К.Н., Белюк К.С., Безмен И.А., Гаврон И.В., Кухта А.В. Применение глухого шва общего желчного протока в хирургическом лечении холедохолитиаза	274	Коротыши А.Н., Глинник А.А. Гемангиомы печени малых размеров: показания к хирургическому лечению	283
Жура А.В., Воробей А.В., Лурье В.Н., Климович В.В., Владимирская Т.Э., Швед И.А., Вижинис Е.И., Некрасов Д.А. Патоморфологические и морфометрические особенности венозного строения кардиоэзофагеальной зоны при портальной гипертензии	274	Котив Б.Н., Алентьев С.А., Дзидзава И.И. Комбинированное лечение метастазов колоректального рака в печень	283
Завада Н.В., Часнойть А.Ч. Ультразвуковая диссекция и коагуляция тканей при лапароскопической холецистэктомии	275	Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Алентьев С.А., Шершень Д.П., Федун О.В., Телицкий С.Ю. Возможности миниинвазивных технологий в лечении механической желтухи опухолевого генеза	284
Загайнов В.Е., Горохов Г.Г., Рыхтик П.И., Бельский В.А., Заречнова Н.В., Васенин С.А., Шатохина И.В., Кукош В.М., Судаков М.А., Кучин Д.М. Лечение распространенного колоректального метастатического поражения печени	276	Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Кашкин Д.П., Смородский А.В. Лечение и профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии	285
Иванов С.В., Охотников О.И., Голиков А.В., Бельченков А.В. Применение миниинвазивных технологий в лечении синдрома механической желтухи желчнокаменного генеза	277	Криль В. А., Бордаков В.Н., Анисимовец В.Н. Интраабдоминальные осложнения при лапароскопической холецистэктомии	285
Казаков В. Пути улучшения непосредственных результатов хирургического лечения гиперспленизма портального генеза	277	Курбонов К.М., Даминова Н.М., Шарипов Х.Ю. Возможности сочетанного эндоскопического лечения послеоперационного желчного перитонита	286
Ковальчук Л.А., Максимлюк В.И., Дзюбановский И.Я., Смачило И.И. Выбор хирургической тактики при обтурационной желтухе	278	Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Мудинов С.М., Одинаев Р.О., Каримов З. Эндоскопия в комплексном лечении осложненного эхинококкоза печени	287
Корик В.Е., Стасевич В.Н., Попченко А.Л., Дударов Д.В. Хирургическое лечение заболеваний и повреждений желчных протоков	279	Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Холов К.Р. Некоторые аспекты применения диагностической и лечебной видеолапароскопии у больных эхинококкозом печени	288
Коротков С.В., Минов А.Ф., Щерба А.Е., Руммо О.О., Слободин Ю.В., Дзядзько А.М., Болонкин Л.С., Пикиреня И.И., Федорук А.М., Авдей Е.Л., Сантоцкий Е.О., Куликович И.Л., Козич П.В., Харьков Д.П., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Зайцев Ю.В., Гордей Е.В., Жук Г.В., Васюкевич М.А. Опыт выполнения трансплантации печени в условиях искусственного кровообращения	280	Михин С.В., Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Кондаков В.И., Алейникова Е.С. Эндоскопические и рентгеноэндovasкулярные методы в профилактике и лечении пищеводных кровотечений при портальной гипертензии	289
Коротков С.В., Щерба А.Е., Руммо О.О., Зайцев Ю.В., Юрлевич Д.И., Федорук А.М., Слободин Ю.В., Пикиреня И.И., Авдей Е.Л., Кирковский Л.В., Харьков Д.П., Васюкевич М.А., Жук Г.В., Козлова М.Н. Печеночная артерия: клиническое значение вариантной анатомии и типы артериальной реконструкции при ортопической трансплантации печени	281	Михин С.В., Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г., Кондаков В.И., Алейникова Е.С. Эндovasкулярная эмболизация селезеночной артерии в комплексном хирургическом лечении портальной гипертензии	289
		Никитина М.Н., Пиманов С.И., Томчина А.В., Кожар ВЛ., Сушков С.А. Возможности ультразвуковой диагностики рака желчного пузыря и калькулезного холецистита	290
		Орехов Г.И. Выполнение лапароскопической холецистэктомии из двух доступов как минимизация минимальной операционной травмы	291

Орловский Ю.Н., Воробей А.В., Вижинис Е.И., Лагодич Н.А., Лурье В.Н., Деркачева Н.В. Современная диагностическая тактика при стриктурах гепатикоюноанастомозов на петле тощей кишки	292	Тесфайе В.А., Усович А.К., Сачек М.Г. Снижение частоты послеоперационных бронхо- легочных осложнений острого холецистита у больных старше 60 лет	300
Павлюк Г.В., Дану М.И. Эндоскопическое лечение объёмных образований печени	293	Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.В. Современные аспекты хирургического лечения доброкачественных стриктур желчных протоков	301
Пиманов С.И., Руселик Е.А., Никитина М.Н., Михайлова Н.А., Предоперационные эхографические изменения поджелудочной железы ассоциированы с возникновением диспепсического синдрома после холецистэктомии	294	Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Стычневский Г.А., Жулев С.А., Голубева А.С., Лисовец О.Н. Хирургическая тактика при синдроме Мириizzi	302
Руммо О.О., Щерба А.Е., Минов А.Ф., Слободин Ю.В., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Дзядзько А.М., Болонкин Л.С., Сантоцкий Е.О., Харьков Д.П., Козич П.В., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Зайцев Ю.В., Пискун А.Б., Жук Г.В., Васюкевич М.А. Бактериальные осложнения трансплантации печени	295	Щерба А.Е., Руммо О.О., Савченко А.В., Слободин Ю.В., Авдей Л.Л., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Дзядзько А.М., Минов А.Ф., Сантоцкий Е.О., Харьков Д.П., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Зайцев Ю.В., Пискун А.Б. Билиарные осложнения после трансплантации печени	303
Рыхтик П.К., Рябова Е.Н., Шкалова Л.В., Загайнов В.Е. Прогнозирование печеночно-клеточной недостаточности у пациентов с диффузными заболеваниями печени после хирургического лечения по данным ультразвукового исследования	295	Щерба А.Е., Руммо О.О., Слободин Ю.В., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Дзядзько А.М., Болонкин Л.С., Минов А.Ф., Сантоцкий Е.О., Харьков Д.П., Козич П.В., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Зайцев Ю.В., Пискун А.Б., Жук Г.В., Васюкевич М.А. Ранняя послеоперационная дисфункция печеночного трансплантата	304
Сорокин Д.К., Пискун А.Б., Торбунов А.С., Рудков Ю.В. Интервенционное УЗИ в диагностике и лечении патологии желчевыводящих путей	296	Щерба А.Е., Руммо О.О., Слободин Ю.В., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Дзядзько А.М., Болонкин Л.С., Минов А.Ф., Сантоцкий Е.О., Харьков Д.П., Козич П.В., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Зайцев Ю.В., Пискун А.Б., Жук Г.В., Васюкевич М.А. Сосудистая окклюзия при резекции печени	304
Становенко В.В., Харкевич Н.Г., Васильев О.М., Туравинов А.П., Комушенко А.В. Повреждения внепечёночных желчных протоков при открытых и лапароскопических вмешательствах	297	Юсиф-заде К., Аскерова Г. Роль тонкоигольного папиллотомы при выполнении эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии	305
Ступин В.А., Гахраманов Т.В., Хоконов М.А., Болевич С.Б., Литвицкий П.Ф., Силина Е.В., Меньшова Н.И., Богданова Л.С. Антиоксидантная энергокоррекция свободнорадикальных процессов у больных механической желтухой	298	Якубовский С.В., Емельянова А.А. Ультразвуковая реорганизация ткани печени в условиях экспериментальной абдоминальной холангиогенной инфекции	306
Ступин В.А., Гахраманов Т.В., Хоконов М.А., Болевич С.Б., Литвицкий П.Ф., Силина Е.В., Меньшова Н.И., Богданова Л.С. Взаимосвязь интенсивности свободнорадикальных процессов с уровнем сывороточного билирубина у больных механической желтухой	299	Pesta W., Стебунов С.С., Kurpiewski W., Покляк-Вольский И.И. Лапароскопическая холецистэктомия через sils-порт - первый опыт	307
Ступин В.А., Хоконов М.А., Гахраманов Т.В., Болевич С.Б., Литвицкий П.Ф., Силина Е.В., Меньшова Н.И., Богданова Л.С. Прогностическое значение свободнорадикальных процессов у больных механической желтухой	299	Jerzy Robert ladny, Kazimierz Kordecki, Hady Razak Hady, JerzyLukaszewicz, Jacek Dadan Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (tips) in the treatment of variceal bleeding. own experiences.	308

КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

<p><i>Андреев А.Л., Глобин А.В., Чуйко С.Г.</i> Лапароскопическое восстановление колоректальной проходимости после операции Гартмана</p>	309	<p><i>Денисенко В.Л., Фролов Л.А., Хмельников В.Я., Смирнов В.К., Бухтаревич С.П.</i> Первый опыт применения трансанальной эндоскопической микрохирургии при лечении опухолей прямой кишки</p>	316
<p><i>Батаев С.А., Жандаров К.Н., Пыжевский И.В., Мицкевич В.А., Гузаевский Ю.Н., Маркевич Н.Б.</i> Модифицированный метод латеральной проктографии в диагностике ректоцеле</p>	310	<p><i>Джавадов Э.А., Курбанов Ф.С.</i> Хирургическое лечение хронического колостаз</p>	317
<p><i>Бойко В.В., Криворотько И.В.</i> Новые подходы к стратегии и тактике выполнения комбинированных операций при местнораспространенном раке прямой кишки</p>	310	<p><i>Жандаров К.Н., Гольшико П.В., Батаев С.А., Пыжевский И.В., Мицкевич В.А.</i> Лечение выпадения прямой кишки способом лапароскопической ректопексии с использованием эксплантата</p>	318
<p><i>Борисов А.Е., Кащенко В.А., Акимов В.П., Распереза Д.В., Сишкова Е.А.</i> Лечебное и палиативное эндопротезирование опухоли толстой кишки саморасправляющимися стентами</p>	311	<p><i>Жандаров К.Н., Гольшико П.В., Батаев С.А., Пыжевский И.В., Мицкевич В.А.</i> Способ лапароскопической кольпоцервикопексии у больных после надвлагалищной ампутации матки</p>	318
<p><i>Бородинец А.Л., Рычагов Г.П., Русинович В.М., Попков О.В., Трусевич Т.Л., Корнов А.Г.</i> Опыт лечения осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки</p>	312	<p><i>Жандаров К.Н., Гольшико П.В., Савицкий С.Э., Пыжевский И.В., Ушкевич А.Л., Мицкевич В.А., Гузаевский Ю.Н., Батаев С.А.</i> Возможности лапароскопической хирургии в колопроктологии</p>	319
<p><i>Воробей А.В., Бондарь А.С.</i> Отдаленные результаты восстановительной колпроктэктомии</p>	312	<p><i>Жандаров К.Н., Савицкий С.Э., Гольшико П.В., Черний А.В., Ушкевич А.Л., Авер В.Г., Андала С.П.</i> Способ фотодинамической терапии малигнизированных полипов кишечника</p>	319
<p><i>Воробей А.В., Лагодич Н.А., Ивашко М.Г., Борсук А.Д.</i> Возможности двухбаллонной энтероскопии в диагностике и лечении эпителиальных доброкачественных новообразований тонкой кишки</p>	313	<p><i>Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Андреев П.С., Каторкин С.Е., Чернов А.А.</i> Неспецифический язвенный колит: консервативное и оперативное лечение</p>	320
<p><i>Воробей А.В., Лагодич Н.А., Орловский Ю.Н., Борсук А.Д., Ивашко М.Г., Александров С.В., Лой А.В., Сенкевич О.И.</i> Первый опыт применения двухбаллонной энтероскопии в клинической практике</p>	314	<p><i>Золотько А.Е., Блувштейн Г.А., Позднышева Е.А., Яйлаханян К.С., Гришко А.Б.</i> Математическое моделирование в выборе объема оперативного вмешательства при колоректальном раке у пожилых пациентов</p>	321
<p><i>Воробей А.В., Тихон В.К., Высоцкий Ф.М., Махмудов А.М., Кузуров Г.П., Бондарь А.С., Грико С.М., Сенкевич О.И., Новаковская С.А., Арчакова Л.И.</i> Роль интерстициальных клеток Кахала в определении объема резекции толстой кишки при болезни Гиршпрунга у взрослых</p>	314	<p><i>Ковалев А.И.</i> Принципы клинической реабилитации больных после операций при осложненном раке толстой кишки</p>	322
<p><i>Гольшико П.В., Жандаров К.Н., Савицкий С.Э., Пыжевский И.В., Мицкевич В.А., Гузаевский Ю.Н., Ушкевич А.Л.</i> Применение лазерного излучения в проктологии</p>	315	<p><i>Коровин А.Я., Гедзюн Р.В., Авакимян С.В., Ралка Б.В.</i> Хирургическое лечение рака толстой кишки и синхронного толстокишечного стаза</p>	323
		<p><i>Логаши Е.И., Русинович В.М., Рычагов Г.П., Гинюк В.А.</i> Фотодинамическая терапия в лечении геморроя</p>	324
		<p><i>Маскин С.С., Лопастейский Д.С., Карсанов А.М.</i> Миниинвазивные технологии резекции толстой кишки</p>	324
		<p><i>Матвийчук Б.О., Бочар В.Т.</i> Качество жизни больных с осложнениями энтеро- и колостом</p>	325

<i>Можейко М.А., Батвинков Н.И., Жандаров К. Н., Пыжевский И.В., Мицкевич В.А., Василевский В.П., Лемеза С.С.</i>	326	<i>Яйлаханян К.С., Блувштейн Г.А.</i>	333
Реконструктивно-восстановительные операции в колоректальной хирургии		Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке	
<i>Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н., Мицкевич В.А., Можейко М.А., Юцевич Г.В.</i>	326	<i>V. Jotautas, E. Poskus, P. Zeromskas, S. Mikalaukas, K. Strupas</i>	334
Хирургическое лечение дефекта прямокишечно-влагалищной перегородки с формированием ректо- и энтероцеле с использованием синтетического протеза		Transanal endoscopic microsurgery - the new field in managing anastomotic strictures of the rectum	
ГЕРНИОЛОГИЯ			
<i>Попков О.В., Гаин Ю.М., Бородинец А.Л., Русинович В. М.</i>	327	<i>Богдан В.Г., Гаин Ю.М., Дорох Н.Н., Иванова Т.Е., Толстов Д.А.</i>	335
Хирургическое лечение осложненного рака ободочной кишки у пациентов пожилого и старческого возраста		Комплексный подход в лечении пациентов с послеоперационными вентральными грыжами больших и гигантских размеров	
<i>Русинович В.М., Бородинец А.Л., Логаиш Е.И.</i>	328	<i>Богдан В.Г., Дорох Н.Н., Гаин Ю.М.</i>	336
Трудности диагностики при осложненном дивертикулезе толстой кишки		Коррекция диастаза прямых мышц живота с помощью сетчатого имплантата	
<i>Русинович В.М., Рычагов Г.П., Бородинец А.Л., Цопков О.В.</i>	328	<i>Богдан В.Г., Зафранская М.М., Гаин Ю.М., Демидчик Ю.Е.,</i>	337
Отдаленные результаты циркулярной степлеропексии по методу Лонго при геморрое и пролапсе прямой кишки		Экспериментальное обоснование возможности создания композиционной биоматрицы в герниологии	
<i>Савицкий С.Э., Черний А.В., Гольшико П.В., Жандаров К.Н.</i>	329	<i>Бужор П.В., Андон Л.Г., Липован В.Г., Андон Э.Л., Бужор С.П.</i>	337
Узкоспектральная хромоколоноскопия как метод диагностики "ранних раков" среди пациентов с наследственными колоректальными раковыми синдромами		Опыт хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж	
<i>Седун В.В., Журавлев А.Н., Шило А.Н., Сологуб И.М., Климович Т.И. Шабанович И.М. Стипуро Г.М.</i>	330	<i>Вальчук А.А.</i>	338
Видеоколоноскопия и фиброколоноскопия в диагностике полипов толстой кишки		Сравнительные результаты герниопластики паховых грыж по Лихтенштейну и методике, разработанной нами	
<i>Цемахов Ю.Г., Шепетько М.Н., Ролевич И.И., Тур Г.Е.</i>	331	<i>Вальчук А.А., Бибики И.Л.</i>	339
Выбор оперативного доступа и сроков выполнения реконструктивно-восстановительных операций у пациентов после обструктивных резекций по поводу колоректального рака		Способ лечения кривой паховой грыжи	
<i>Черний А.В., Жандаров К.Н., Гольшико П.В., Савицкий С.Э., Пыжевский И.В., Ушкевич А.Л.</i>	332	<i>Винник Ю.С., Петрушко С.И., Назарьянц Ю.А.</i>	339
Эндоскопические операции в лечении ворсинчатых полипов прямой и ободочной кишки больших размеров		Комбинированный способ пластики грыж паховой области	
<i>Чернявский Д.О., Лызикова Т.В., Анасович Д.И., Ефимов С.С., Захаренков А.Н., Дробышевская Т.Н.</i>	333	<i>Винник Ю.С., Петрушко С.И., Назарьянц Ю.А.</i>	340
Анализ эффективности профилактики острых гастродуоденальных язв в периоперационном периоде у больных раком прямой кишки		Способ комбинированной пластики больших послеоперационных срединных вентральных грыж	
		<i>Володькин В.В., Харкевич Н.Г., Подолинский С.Г.</i>	341
		Рецидивные паховые грыжи и их профилактика	
		<i>Галимов О.В., Ханов В.О., Зиангиров Р.А., Шкундин А.В., Буторина О.В.</i>	342
		Профилактика образования грыж после лапароскопических вмешательств	
		<i>Гецадзе Г.Н., Жулев С.А., Казакова Е.О., Толпыго Е.М.</i>	342
		Варианты хирургического лечения грыж передней стенки живота	

Джафаров Э.Т., Ступин В.А., Черняков А.В., Басарболиева Ж.В. Качество жизни и рецидивы после протезирующей герниопластики у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами	343	ФЛЕБОЛОГИЯ	
Джафаров Э.Т., Черняков А.В., Ступин В.А., Жуковский В.А., Басарболиева Ж.В. Эффективность ультразвукового исследования в диагностике ретенционных осложнений после герниопластики с использованием эндопротезов	344	Баешко А.А., Подрез А.Ю., Рогов Ю.И., Вартамян В.Ф., Тихон С.Н., Дечко В.М., Крыжова Е.В., Пучков А.Ф. Тромбоэмболия легочной артерии с летальным исходом: 40-летняя динамика	354
Журавский В.П., Картавилов Г.М., Бураков А.П. Тотальная экстраперитонеальная герниопластика	344	Баешко А.А., Гаверин П.Ю., Попченко А.Л., Маркауцан П.В. Компрессионная склеротерапия: прошлое и настоящее	354
Ковалёв С.А., Савостенко И.Я., Ковалкин Е.П., Карасёв С.Н., Татаринев В.С., Бас С.И. Опыт применения полипропиленовых сетчатых имплантатов в хирургии вентральных грыж	345	Баешко А.А., Жилинский Е.В., Романович А.В., Горецкая И.В., Селезнев В.В., Вартамян В.Ф., Аплазия и гипоплазия нижней полой вены: клинические проявления и отдаленные последствия	355
Маслакова Н.Д., Киселевский Г.В., Новицкий А.А., Василевский В.П., Ославский А.И., Жотковская Т.С., Савош И.А., Шимко Н.М. Варианты пластики вентральных грыж с применением полипропиленовой сетки	346	Баешко А.А., Ключ Е.А., Шкодик С.А., Тихон С.Н., Маркауцан П.В., Жилинский Е.В., Особенности строения системы непарной и полунепарной вен на основании данных спиральной компьютерной томографии	356
Маслакова Н.Д., Киселевский Г.В., Новицкий А.А., Василевский В.П., Ославский А.И., Жотковская Т.С., Флеров А.О. Модификация операции Шулдайса (Sholdice E.E.) в плановой и экстренной хирургии	347	Баешко А.А., Романович А.В., Горецкая И.В., Сомова О.А., Бучель Ю.Ю., Улезко Е.А., Красимов Л.С., Ковалевич К.М. Илиофemorальный венозный тромбоз: причины и распространенность поражения, по данным ультразвукового ангиосканирования и компьютерной томографии	357
Мухин А.С., Мортин А.В. Профилактика послеоперационных вентральных грыж	348	Бойко В.В., Прасол В.А., Пуляева И.С., Битчук Н.Л., Гилев Б.В., Троян В.И., Тактика лечения и профилактики тромбоэмболических осложнений у онкологических больных	358
Новиков С.В. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде после герниопластики по поводу вентральных грыж	349	Бордаков В.Н., Зайковский С.С., Самсонов Д.В. Малоинвазивная методика хирургического лечения варикозной болезни	359
Орехов Г.И. Лапароскопическая трансабдоминальная герниопластика пахово-мошоночных грыж	349	Волошенюк А.Н., Самолук Б.Б., Тихон Д.С., Жудро А.А., Родионов М.М. Профилактика тромбоэмболических осложнений при операциях на крупных суставах	360
Пряхин А.Н., Миляева О.Б. Возможности лапароскопических и лазерных технологий при коррекции наружных грыж живота	350	Гришин И.Н., Воевода М.Т., Давидовский И.А., Авдей П.П., Матвейко В.П., Климчук И.П., Хирургическое лечение варикозной болезни, 15-летний опыт	361
Стебунов С.С. Непосредственные и отдаленные результаты применения лапароскопической герниопластики	351	Гуцу Е.В., Касьян Д.А., Кулюк В.С., Запорожан А.А., Сокирка М.Л. Хирургическая профилактика эмболии легочной артерии у больных с флотирующим тромбом в системе нижней полой вены	361
Штурич И.П., Косинец В.А., Ермашкевич С.Н., Оладько А.А., Украинец Е.А., Украинец С.Е. Герниопластика послеоперационных вентральных грыж	352		

Жуков Б.Н., Каторкин С.Е., Сизоненко Я.В., Кравцов П.Ф. Новые технологии медицинской реабилитации больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей	362	Маслянский Б.А., Лызигов А.А. Опыт хирургического лечения тромбоза глубоких вен в гомельском областном отделении хирургии сосудов	372
Жуков Б.Н., Мышенцев П.Н., Шишкина А.А. Возможности гравитационной терапии в комплексном лечении больных с нарушениями периферического лимфооттока	363	Небылицин Ю.С., Сушков С.А. Современный взгляд на лечение флеботромбоза глубоких вен нижних конечностей с позиции коррекции дисфункции эндотелия	373
Касюк А.А. Риск летальной тромбоэмболии легочной артерии в послеоперационном периоде у онкологических пациентов	364	Небылицин Ю.С., Сушков С.А. Сравнительная характеристика применения гепаринов различной молекулярной массы в лечении острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей	374
Каторкин С.Е., Сизоненко Я.В., Яровенко Г.Н. Новые технологии ведения больных с хроническими заболеваниями вен и сопутствующей патологией опорно-двигательной системы	365	Небылицин Ю.С., Чепёлкина О.П. Коррекция нарушений иммунологического статуса при остром тромбозе глубоких вен нижних конечностей	375
Клецкин А.Э., Дурандин П.Ю., Кондратьев П.Н. Тактические и технические аспекты реконструктивной флебологии	365	Павлов А.Г., Кухновец Е.А., Коробов Г.Д., Ляшук Д.Л. Клинико-сонографические особенности обследования переднего миофасциального ложа голени у пациентов с варикозной болезнью	377
Ковальчук Л. Я. Венгер И.К. Романюк Т.В. Хирургическая коррекция хронической венозной недостаточности у больных с трофической язвой нижних конечностей	366	Перепелица С.И., Бегун Д.И., Корик В.Е., Попченко А.Л. Функциональные особенности несостоятельных перфорантных вен голени	378
Кохнюк В.Т., Ануфреенок И.В., Колядич Г.И. Профилактика тромботических осложнений у больных колоректальным раком	367	Попченко А.Л., Стасевич В.Н., Дударев Д.В., Перепелица С.И., Войделевич А.С., Мелконян Н.Д. Тактика общего хирурга при илиофemorальном тромбозе	378
Левченко П.А., Чур С.Н., Черненко В.В. Консервативная терапия трофических язв венозной этиологии	368	Сабельников В.В., Прокопец А.И., Злобин О.В., Шулепова Е.К. Профилактика тромботических осложнений у пациентов ортопедического профиля	378
Лызигов А.А. Исходы острых окклюзий глубоких вен нижних конечностей	369	Савостьяник С.А., Спас В.В., Вунцевич И.М., Швед Е.М., Богомазова Н.Н., Савостьяник В.Ч. Магнитная обработка крови и профиль факторов риска тромботических осложнений у больных с терминальной хпн на программном гемодиализе	379
Лызигов А.А. Консервативное лечение острых окклюзий глубоких вен нижних конечностей	370	Сивец Н.Ф., Гурко В.Н., Павленко В.Н., Шафалович С.В., Михайлов В.В., Котов В.П. Эндовенозная лазерная коагуляция как альтернатива традиционной флебэктомии при варикозно болезни вен нижних конечностей	380
Лызигов А.Н., Бугаков В.А., Скуратов А.Г., Пилькевич С.А., Призенцов А.А. Возможности лазерной хирургии при лечении варикозной болезни нижних конечностей	371	Скуратов А.Г., Пилькевич С.А., Шпаковский Ю.П. Эндоскопические технологии в лечении варикозной болезни нижних конечностей	381
Мармыш Г.Г., Милешко М.И., Могилевец Э.В., Хильмончик И.В., Сухоцкий Д.В., Олентюкевич А.Н. Фотодинамическая терапия в лечении трофических язв нижних конечностей	372	Старосветская И.С. Современный подход к выбору хирургического метода лечения варикозной болезни	382

Суковатых Б.С., Савчук О.Ф. Дабигатран в комплексном лечении венозного тромбоза	383	Иванов С.А., Татчихин В.В. Послеоперационные осложнения в тиреоидной хирургии - наш опыт диагностики и лечения	395
Сушков С.А., Небылицин Ю.С. Использование современных раневых покрытий для лечения венозных трофических язв	383	Ковальчук Л.А., Максимлюк В.И., Доброродный В.Б., Смачило И.И. Диагностические особенности мелкоочаговых злокачественных изменений в щитовидной железе	396
Сушков С.А., Павлов А.Г. Эндоскопическая диссекция перфорантных вен при лечении пациентов с трофическими расстройтвами	384	Кондратенко Г.Г., Гапанович А.Н., Андреев В.Н., Результаты хирургического лечения тиреотоксикоза	397
Третьяк С.И., Баранов Е.В., Авдевич Д.А., Буравский А.В., Сахаб Хайдар А., Тривно Г.Н. Оценка качества жизни у пациентов с трофическими язвами венозной этиологии	386	Леонович С.И., Кондратенко Г.Г., Черноморец Н.В., Ромейко Н.Н., Коротыш А.Н. Диагностика и лечение инсулином	398
Цховребов Е.Е. Баешко А.А. Структура и последствия тромбоза нижней полой вены различного генеза	386	Михайлова Н.А., Вергасова Е.В., Задорожная Н.И., Руселик Е.А., Пиманов С.И., Выявление неопластических изменений щитовидной железы при тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвукового изображения с учётом размеров узловых образований	399
Чур С.Н., Чур Н.Н., Шкурин С.В. Лазерная коагуляция в лечении трофических нарушений нижних конечностей при ХВН	387	Хрыщанович В.Я. Клиническая оценка стандартной заместительной терапии послеоперационного гипопаратиреоза	399
Шевела А.И., Егоров В.А., Севостьянова К.С., Новикова Я.В., Воронина Е.Н. Вклад врожденной тромбофилии в величину риска венозного тромбоза	388	Хрыщанович В.Я. Прогнозирование потребности в заместительной гормонотерапии у больных послеоперационным гипотиреозом, по данным ультрасонографии тиреоидного остатка	400
Яровенко Г.В. Поиски коррекции лимфооттока у больных вторичной лимфедемой	389	Хрыщанович В.Я., Третьяк С.И. Современные хирургические методы лечения щитовидно-паращитовидной недостаточности	401

ЭНДОКРИННАЯ ХИРУРГИЯ

Андреев В.Н., Гапанович А.Н., Лукьянец В.С., Раткевич И.М., Якубовский С.В. Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза	391
Богданович В.Б., Величко А.В., Лызииков А.Н., Шебушев Н.Г., Кулаженко А.Н., Берещенко В.В., Чернова Н.Ф., Доморацкая Л.Е. Диагностика и хирургическая тактика при первичном гиперпаратиреозе	391
Богданович В.Б., Величко А.В., Санец И.А., Повелица Э.А. Диагностика и хирургическая тактика при йоддефицитных заболеваниях щитовидной железы и болезни грейвса	392
Богданович В.Б., Лызииков А.Н., Величко А.В., Шестерня А.М., Бредихин М.Ю., Кулаженко А.Н. Современные технологии в диагностике и лечении инциденталом надпочечников	393
Демидчик Ю.Е., Колобухов А.Э., Прохоров А.В. Результаты хирургического лечения больших медуллярным раком щитовидной железы	394

Шебушев Н.Г., Лызииков А.Н. Хирургическое лечение узловых образований щитовидной железы	402
Шебушев Н.Г., Лызииков А.Н., Богданович В.Б., Аничкин В.В., Берещенко В.В. Скрининг ультразвуковая диагностика узловых образований щитовидной железы	403

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Бармин Е.В., Светлов К.В., Чернов А.Ф., Бармин В.Н., Бирюков А.Ю. Современные подходы к замещению раневых дефектов мошонки и промежности при гангрене Фурнье	405
Бейзеров Ю.М., Лобан Е.К., Струнович А.А., Ширяев А.В., Инфарович С.А. Хирургическое лечение ран, современные подходы	406
Бордаков В.Н., Вараницкий Г.Н., Романов О.А., Сухарев А.А., Хейлик С.М., Корзун А.Л., Абрамов Н.А., Сичинава Н.И. Применение нейро-васкулярных лоскутов для пластики дефектов мягких тканей голени	407

Жуковец А.Г., Овчинников Д.В., Держинский И.Э. Реконструкция покровных тканей голени и стопы васкуляризованными лоскутами после удаления злокачественных опухолей кожи и мягких тканей	408
Иванов С.А., Татчихин В.В., Василенко Д.В., Жданова Л.А. Потребность в пластическом замещении пострезекционных дефектов при хирургическом лечении опухолей и предопухолевых заболеваний кожи лица	409
Подгайский В.Н., Мечковский С.Ю., Ладутько Д.Ю., Батюков Д.В., Стасевич О.В., Подгайский А.В., Петрова Д.Ю., Мечковский С.С. Аутотрансплантация васкуляризованных костных лоскутов как метод лечения дефектов костей различной этиологии	409
Подгайский В.Н., Мечковский С.Ю., Петрова Д.Ю., Зафранская М.М. Возможность регенерации поврежденных периферических нервов при трансплантации мезенхимальных стволовых клеток	410
Подгайский В.Н., Мечковский С.Ю., Стасевич О.В., Батюков Д.В., Подгайский А.В., Ладутько Д.Ю., Мечковский С.С., Петрова Д.Ю. Показания к аутотрансплантации пальцев стопы на кисть	411
Подгайский В.Н., Мечковский С.Ю., Стасевич О.В., Батюков Д.В., Подгайский А.В., Ладутько Д.Ю., Мечковский С.С., Петрова Д.Ю. Варианты кровоснабжения аутотрансплантатов пальцев стопы	412
Подгайский В.Н., Мечковский С.Ю., Стасевич О.В., Батюков Д.В., Подгайский А.В., Ладутько Д.Ю., Мечковский С.С., Петрова Д.Ю. Транспозиция сухожилий как операция выбора при повреждении лучевого нерва	413
Стасевич О.В. Методики микрохирургической фаллопластики	414
Стручков Ю.В., Комарова Е.А. Возможности пластики ран свободным расщепленным кожным лоскутом в гнойной хирургии	414
Стручков Ю.В., Комарова Е.А. Пластика ран свободным расщепленным кожным лоскутом: взгляд с точки зрения отдаленных результатов	415
Шелепень К.Г., Лукьяновский Р.В., Теслюк Н.В., Марушко А.В., Кравчук И.Ф. Органосохраняющие и первичные реконструктивно- восстановительные операции при раке молочной железы	416

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

Бордаков В.Н., Чайка Ю.А., Синянский В.С., Стриго А.В. Амбулаторная хирургия грыж живота	417
Галимов О.В., Туйсин С.Р., Шкундин А.В., Габдулсабиров З.Р. Амбулаторное хирургическое лечение гнойных заболеваний мягких тканей	417
Совцов С.А. Организация и работа хирургического стационара краткосрочного пребывания больных	418
Шахрай С.В., Демидчик Ю.Е., Гаин Ю.М., Кравченко В.М. Сруктурный анализ потребности населения города в общехирургических стационарных койках краткосрочного пребывания	419
Шахрай С.В., Демидчик Ю.Е., Гаин Ю.М., Кравченко В.М. Организационно-методические принципы работы центра амбулаторной и малоинвазивной хирургии	420
Шахрай С.В., Демидчик Ю.Е., Гаин Ю.М. Оценка эффективности методов консервативного лечения хронической анальной трещины в амбулаторной практике	421

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ

Лемешевский А.И., Рычагов Г.П., Алексеев С.А. Инновации в медицинском образовании	423
Лызикова Т.В. Профессиональное обучение по специальности "Анестезиология-реаниматология" в УО "Гомельский государственный медицинский университет"	423
Совцов С.А., Пряхин А.Н. Современные подходы к подготовке специалистов хирургического профиля	424
Сушков С.А., Фролов Л.А., Небылицин Ю.С., Павлов А.Г. Роль электронных средств обучения в преподавании хирургии	425
Шапто Г.М., Гидранович А.В., Результаты внедрения рейтинговой оценки учебных достижений студента по онкологии	426
Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я. Актуальные вопросы постдипломной подготовки врача-хирурга	426
Шнитко С.Н. Последипломная подготовка врачей для видеоторакоскопической хирургии	427

НОВОЕ В ХИРУРГИИ

- Батвинков Н.И., Русин Н.И.* 429
Однорядный узловый шов в хирургии желудочно-кишечного тракта
- Бледнов А.В.* 430
Долгосрочное исследование эффективности перевязочных средств "Комбиксин" и "Диосепт" при лечении гнойных ран
- Бородин А.В.* 430
Роль динамики креатинфосфокиназы в диагностике глубины поражения тканей у пострадавших с отморожением конечностей
- Бужор П.В., Хотиняну В.Ф., Стражеску Г.И., Круду О.К., Бужор С.П.* 431
Некоторые аспекты диагностики и лечения псевдомиксом брюшины
- Воробей А.В., Лурье В.Н., Александров С.В., Карпович Д.И.* 432
Лапароскопическая спленэктомия в хирургической гематологии
- Гаин Ю.М., Александрова О.С., Гапанович В.Н., Шерстюк Г.В., Веялкина Н.Н., Юрага Т.М.* 433
Экспериментальная оценка эффективности использования нового местного гемостатического средства на основе неорганических солей при травме печени и селезенки
- Галимов О.В., Ханов В.О., Зиганшин Д.М., Шкундин А.В., Габдулсабирова З.Р.* 433
Миниинвазивные технологии в лечении хирургической патологии на фоне ожирения
- Гарелик П.В., Довнар И.С., Полынский А.А., Колешко С.В., Козел М.И., Курило О.П.* 434
Миниинвазивные операции в лечении хирургической патологии
- Глинник А.А., Прохоров А.В., Ращинский С.М.* 435
Оценка эффективности ксенотрансплантации островковых клеток поджелудочной железы в изолированное сосудистое русло
- Глинник А.А., Прохоров А.В., Назарова О.П., Ращинский С.М.* 435
Исследование качества жизни пациентов, перенесших трансплантацию островковых клеток поджелудочной железы
- Гуревич А.Р., Гуревич Н.А., Юрченко С.А., Быков Н.М., Ю.В.Маркевич., Малеванный О.И., Назаров М.В.* 436
Новые информационные технологии в профилактике и ранней диагностике интраоперационных осложнений при лапароскопической холецистэктомии у больных с острым холециститом
- Гуревич А.Р., Гуревич Н.А., Быков Н.М., Юрченко С.А., Малеванный О.И., Назаров М.В.* 437
Новые информационные технологии в сочетании с лапароскопией в ранней диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости
- Довнар Р.И., Смотрин С.М., Васильков А.Ю., Иоскевич Н.Н., Жмакин А.И.* 438
Противомикробная эффективность бинта медицинского марлевого, содержащего наночастицы золота или серебра
- Дорох Н.Н., Богдан В.Г.* 439
Основные виды бариатрических операций в лечении морбидного ожирения
- Загайнов В.Е., Костров А.В., Стриковский А.В., Янин Д.В., Васенин С.А., Горохов Г.Г., Шкалова Л.В.* 440
Новый метод локального разрушения биологических тканей энергией сверхвысоких частот
- Кабешев Б.О., Шевченко Н.И., Бонцевич Д.Н., Князюк А.С., Васильков А.Ю.* 440
Антибактериальная активность хирургического шовного материала на основе полиамида, модифицированного наночастицами серебра
- Кипель В.С.* 441
Теоретические основы кишечного шва и экспериментальное обоснование однорядного подобно-серозно-мышечного шва
- Князюк А.С., Бонцевич Д.Н., Кабешев Б.О.* 442
Исследование антибактериальной активности полипропиленовых нитей с ципрофлоксацином
- Костюченко Л.Н.* 443
Нутритивная поддержка в структуре медицинской реабилитации у пациентов с последствиями обширных резекций кишечника
- Лызикова Т.В., Батько Е.А.* 444
Нейромышечный мониторинг при проведении операций общехирургического профиля
- Меламед В.Д., Рандаревич А.В.* 445
Экспериментальное моделирование ожогов
- Меламед В.Д., Рандаревич А.В.* 446
Экспериментальное моделирование холодовой травмы

<i>Нечаенко А.М.</i>	446	<i>Степура Г.М., Стебунов С.С., Музычук Л.П.</i>	457
Возможности лапароскопической хирургии при удалении инородного тела брюшной полости		Опыт применения внутрижелудочного баллона для лечения больных ожирением	
<i>Орехов Г.И.</i>	447	<i>Танина А.В., Стебунов С.С.</i>	457
Трансректальный доступ при лапароскопических оперативных вмешательствах у больных ранее перенесших лапаротомию		Сочетанные лапароскопические операции в хирургии и гинекологии	
<i>Поликашин Н.Н.</i>	449	<i>Ушкевич А.Л., Жандаров К.Н., Белюк К.С., Прокопчик Н.И., Трухачева Т.В., Шляхтин С.В.</i>	458
Автоматизированная система оценки эффективности лечения пациентов по профильному заболеванию		Накопление и распространение фотосенсибилизатора "фотолон" в тканях поджелудочной железы и жировой клетчатке забрюшинного пространства	
<i>Полховский В.Н., Калачик О.В., Хотиловская И.И.</i>	449	<i>Шмак А.И., Ревтович М.Ю., Шурпач А.А., Суслов Н.Л., Лобинский А.А., Камышников А.В.</i>	459
Социально-экономическая значимость трансплантации почки		Интраоперационная перфузионная термохимиотерапия (ИПТХТ) у больных раком желудка	
<i>Попченко А.Л., Гуляев А.А., Данильчик А.В., Ефимов Д.Ю., Рустамов Х.Д.</i>	450	<i>Янушкевич С.В., Сребный А.Ю., Стороженко Г.К., Грюнберг А.А., Янушкевич В.Ю.</i>	459
Экспериментальное обоснование преимуществ однорядного непрерывного п-образного шва при формировании энтеро-энтероанастомозов конец-в-конец		Биопсия сторожевого лимфатического узла при раннем раке молочной железы: современный подход к аксиллярной диссекции	
<i>Радиевский И.Л., Гусинец А.С., Денищук В.М., Лысюк Н.Н., Хацкевич Г.А.</i>	451		
Опыт применения лапароскопических операций в абдоминальной хирургии			
		РАЗНОЕ	
<i>Рыбакова Е.В., Воробьева А.Н.</i>	452	<i>Антропов В.К., Антропова Е.В.</i>	461
Влияние пелоидотерапии на брюшинные спайки в эксперименте		Физиофункциональное лечение контрактуры локтевого сустава	
<i>Савицкий Д.С., Бордаков В.Н., Блахов Н.Ю.</i>	453	<i>Белоцерковский И.В., Жуковец А.Г., Касюк А.А., Акинфеев В.В.</i>	461
Об остановке кровотечения при механических повреждениях паренхиматозных органов в эксперименте		Интраоперационный навигационный контроль в диагностике и лечении пациентов с опухолями основания черепа и верхнешейного отдела позвоночника	
<i>Савицкий Д.С., Бордаков В.Н., Блахов Н.Ю.</i>	453	<i>Кубраков К.М., Щемелев А.В., Федюкович А.Ю.</i>	462
Об остановке кровотечения при механических повреждениях паренхиматозных органов		Применение титановых пластин для краниопластики в Витебской области	
<i>Сивец Н.Ф., Адарченко А.А., Гурко В.Н., Красильников А.А., Шафалович С.В., Михайлов В.В., Павленко В.Н.</i>	454	<i>Лызикова Т.В., Батько Е.А.</i>	463
Оценка антимикробной активности нового отечественного антисептика "Мукосанин"		Клиническое использование препарата "Эсмерон"	
<i>Смотрин С.М., Гаврилик БЛ., Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н.</i>	455	<i>Лызикова Т.В., Батько Е.А., Чемерко И.И.</i>	464
Симультанные операции при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства		Сравнение вариантов быстрой индукции анестезии при миорелаксации "Эсмероном"	
<i>Стебунов С.С., Покляк-Вольский И.И., Музычук Л.П.</i>	456	<i>Никитина Е.В., Лецкалов А.Г.</i>	465
Первый опыт бандажирования желудка при лечении морбидного ожирения и метаболического синдрома		Профиль ИЛ-1, ФНО- и вегетативная реактивность в экстремальных условиях	
		<i>Ославский А.И., Маслакова Н.Д., Мащенко А.И., Флёров А.О., Новицкий А.А., Борушко Ю.Б., Чугай А.А.</i>	466
		Особенности хирургической обработки минно-взрывной травмы челюстно-лицевой области	

<i>Походенько-Чудакова И.О., Бармуцкая А.З.</i>	466	<i>Танина А.В., Можейко Л.Ф., Стебунов С.С.</i>	471
Особенности хирургической тактики при выполнении цистэктомии на верхней челюсти в области премоляров и моляров		Роль лапароскопии в диагностике и лечении доброкачественных опухолей яичников	
<i>Пранович А.А.</i>	467	<i>Филиппович В.А., Беляков В.В., Филиппович И.В., Войтехович А.И.</i>	472
Опыт применения биполярной трансуретральной резекции простаты		Результаты применения лазерного хирургического комплекса "Лазурит" для контактной фрагментации камней мочеточников, после неэффективной дистанционной ударноволновой литотрипсии	
<i>Пранович А.А., Воцула В.И., Щавелева М.В.</i>	468	<i>Филиппович В.А., Филиппович И.В.</i>	473
Динамика заболеваемости и анализ основных методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в Республике Беларусь		Миниинвазивный метод лечения варикозного расширения вен семенного канатика	
<i>Романюк Т.И., Илюкевич Г.В.</i>	469	<i>Шелкович С.Е., Демидчик Ю.Е., Прохоров А.В.</i>	474
Модифицированная методика сакральной блокады		Результаты хирургического лечения больных пограничными опухолями яичников	

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь

Редактор **А.Н. Косинец**
Технический редактор **И.А. Борисов**
Компьютерная верстка и дизайн **О.А. Сушко**
Корректор **С.А. Сушков**

Подписано в печать 5.11.2010 г. Формат бумаги 1/8
Бумага типографская № 2. Гарнитура «Miyion Pro».
Усл. печ. л. 58,13. Уч.-изд. л. 21,74. Тираж 400.
Заказ № 822.

Издатель и полиграфическое исполнение
УО "Витебский государственный медицинский университет"
ЛИ № 02330/0549444 от 8.04.09 г.

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном
медицинском университете
210602, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27
Тел.: (0221) 26-19-66