



Клиническая и экспериментальная хирургия
ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ www.jecss.ru

Клиническая и экспериментальная хирургия

Электронный научно-практический журнал

январь 2012

(приложение)

Материалы докладов Ассоциации хирургов

Республики Башкортостан за 2011 год

Содержание

О результатах и перспективах работы Ассоциации хирургов Республики Башкортостан. Тимербулатов В.М.	4
Миниинвазивные технологии в хирургическом лечении генерализованной миастении. Хамитов А.А., Кашаев М.Ш., Федоров С.В., Якушев А.В.	5
Острые медикаментозные гастродуоденальные эрозивно-язвенные поражения в хирургической клинике. Сибяев В.М., Гатауллина Э.З., Тимербулатов Ш.В.	11
Лапароскопическая холецистэктомия по методике «единого доступа» с применением устройства для фиксации желчного пузыря. Галимов О.В., Ханов В.О., Файзуллин Т.Р., Ронжин А.Е.	19
Прогноз рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Бакиров С.Х., Мусин А.Р., Аглямков Р.И.	22
Антимикробная фотодинамическая терапия в сочетании с лазеро-антибиотикотерапией у больных с гнойно-септическими осложнениями гепатопанкреатобилиарной системы. Пантелеев В.С., Нартайлаков М.А.	27
Наш опыт лечения гнойных перитонитов. Показания к санационным релапаротомиям. Дорофеев В.Д., Гараев М.Р., Заварухин В.А., Ахметшин И.Р., Бурханов А.К., Нартайлаков М.А.	34
Опыт паховой герниопластики клиники госпитальной хирургии Башгосмедуниверситета. Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р., Феоктистов Д.В.	41
Остеомиелит после использования металлоконструкций у больных с переломами костей (послеоперационный остеомиелит). Крючков Р.А., Хунафин С.Н., Кунафин М.С., Загретдинов А.Ш., Холкин С.А.	47
Усовершенствованные методы герниопластики по Лихтенштейну. Тимербулатов В.М., Ямалов Р.А., Фаязов Р.Р., Кунафин М.С., Труханов О.Г.	53
Комплексное хирургическое лечение диабетической стопы. Шайбаков Д.Г., Карамова Р.Ф., Хасанов А.Г., Нигматзянов С.С., Шамсиев Р.Э.	59
Комплексное лечение больных с трофическими язвами при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей и сахарном диабете. Чистоступов К.С., Фаязов Р.Р.	69
Диагностика и лечение острой обтурационной кишечной непроходимости. Ахметов И.Х., Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф.	77
Хирургическая тактика при острой обтурационной кишечной непроходимости. Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Ахметов И.Х.	83
Неотложная хирургия болезни Крона. Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Ибатуллин А.А., Биганяков Р.Я., Лопатин В.М., Валиева Э.К.	91
Результаты лечения больных паховыми грыжами по материалам клиники факультетской хирургии и ГКБ № 21. Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М., Гарифуллин Б.М., Тугушев К.К., Сахабутдинов А.М.	99

Современные подходы в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита. Тимербулатов В.М., Кунафин М.С., Мехдиев Д.И., Шамилов Р.Р., Гареев Р.Н.	106
Опыт применения лапароскопически мануально ассистированных (гибридных) операций на толстой кишке в Республике Башкортостан. Хасанов С.Р., Каланов Р.Г., Васильков А.Ю., Канбеков Р.З., Хасанова Н.Ф., Губин Д.С., Мушарапов Д.Р., Гайсин Д.И.	115
Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии. Хасанов С.Р., Каланов Р.Г., Канбеков Р.З., Мушарапов Д.Р., Васильков А.Ю., Губин Д.С., Гайсин Д.И., Хасанова Н.Ф.	117
Комбинированное лечение артериовенозных мальформаций. Хамитов А.А., Мухамедьянов И.Ф., Кашаев М.Ш., Федоров С.В., Шаймуратов И.Х.	119
Отдаленные результаты транслуминальной баллонной ангиопластики при лечении критической ишемии нижних конечностей у больных с сахарным диабетом. Мухамедьянов И.Ф., Фёдоров С.В., Дорофеев В.Д., Гумеров А.М.	122
Профилактика образования троакарных грыж. Галимов О.В., Ханов В.О., Шкундин А.В., Зиганшин Д.М., Каланов Н.Р., Вильданова И.Д.	127
Сведения об Ассоциации хирургов Республики Башкортостан. Тимербулатов В.М.	131
Решение президиума Ассоциации хирургов Республики Башкортостан от 27.12.2011 года «О подведении итогов конкурсов Ассоциации хирургов Республики Башкортостан». Тимербулатов В.М.	133
План заседаний Ассоциации хирургов Республики Башкортостан на 2012 год. Сибеев В.М.	134
Сведения для авторов	137
Редакция журнала	138

WWW.JECS.RU

autor@jecs.ru



Уважаемые коллеги!

От имени Президиума Ассоциации хирургов Республики Башкортостан поздравляю Вас с наступившим Новым – 2012 годом. Желаю Вам здоровья, творческих успехов и хирургической удачи, несомненно, улучшения духовного и материального благополучия.

В истекшем - 2011 году - хирургическая служба республики проработала в напряженном режиме, которая была обусловлена реализацией Федеральной программы модернизации здравоохранения, в части стандартизации и информатизации. Некоторые ЛПУ и клиники начали работать по федеральным стандартам диагностики и лечения отдельных заболеваний, осваивая опыт их применения в достаточно различных по уровню оснащения медицинских организациях. В 2011 году в действие введены Порядки оказания медицинской помощи населению Минздравсоцразвития России при урологических, хирургических, колопроктологических заболеваниях, травмах. Внесены изменения в систему аттестации врачей (Приказ МЗ и СР России № 808н от 28.12.2005г.). Самым примечательным событием 2011г., несомненно, является принятие федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который по многим позициям отличается от Закона 1993 года. В новой редакции закона несколько расширены права профессиональных врачебных ассоциаций в вопросах медицинского образования, аттестации, аккредитации, лицензирования. Правда, ряд статей закона носят декларативный характер, конкретная реализация многих вопросов, потребует внесения дополнительных поправок в новый закон, издания подзаконных актов Минздравом России. Печально, что статья о постдипломной подготовке, вообще выпала в новом законе и интерны и клинические ординаторы вне правового поля.

В целом, хирургическая служба республики, несмотря на все трудности и реформы, вполне оказалась на уровне и справилась с поставленными перед ней задачами. На уровне прошлых 3-4 лет и показатели экстренной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости (данные могут быть не совсем точными и достоверными, т.к. в последние 2 года должность главного врача хирурга МЗ РБ была вакантной), продолжали внедряться новые методы диагностики и хирургического лечения. Высокий уровень хирургии республики был отмечен Президентом страны Д.А. Медведевым во время его визита РБ.

План заседаний АХ РБ выполнен полностью. Кроме того, при ассоциации создан Третейский суд, утверждено Положение о суде, избраны 3 судьи и председатель. С ноября 2011года выходит электронный научно-практический журнал ассоциации «Клиническая и экспериментальная хирургия», который несомненно станет одним из ведущих факторов в образовательной деятельности, будет доводить результаты научно-практических разработок до читателей – членов ассоциации.

В текущем, 2012 году, многие задачи модернизации здравоохранения должны быть воплощены в жизнь, хирургам республики кроме повседневных рутинных дел, предстоит решать и непростые, регионального значения проблемы по повышению качества медицинской помощи.

**Президент АХ РБ – регионального отделения
Российского общества хирургов,
член-корр. РАМН, академик АН РБ,
заслуженный деятель науки и
заслуженный врач РФ, профессор**

Тимербулатов В.М.

Миниинвазивные технологии в хирургическом лечении генерализованной миастении.

Хамитов А.А., Кашаев М.Ш., Федоров С.В., Якушев А.В. Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа.

Актуальность.

Генерализованная миастения (Myasthenia gravis) – аутоиммунное нервно-мышечное заболевание, которое характеризуется слабостью и патологической утомляемостью различных групп поперечно-полосатых мышц. Частота заболевания миастенией составляет 0,5-6 на 100000 населения. Генерализованная миастения поражает в основном лиц молодого трудоспособного возраста (средний возраст больных у женщин -26 лет, у мужчин 31 год), характеризуется прогрессирующим течением и часто завершается инвалидизацией. Опухоли вилочковой железы относятся к наиболее часто выявляемым опухолям переднего средостения. Частота опухолей вилочковой железы у больных генерализованной миастенией составляет 9-16%, а около 40% тимом сопровождается развитием миастении. Диагностика и лечение миастении представляют большие трудности. При запоздалой диагностике больные в течение одного-двух лет умирают от прогрессирующей слабости и вовлечения в патологический процесс мышц, осуществляющих витальные функции - дыхание и глотание, не получая эффективной медицинской помощи.

Целью исследований является – улучшение результатов хирургического лечения больных генерализованной миастенией путем внедрения миниинвазивных технологий.

Материал и методы.

В основу работы положены результаты хирургического лечения 68 пациентов с генерализованной миастенией, оперированных 2001-2011 гг. в РКБ им. Г.Г. Куватова. Пациенты распределены на 3 группы по методу операции:

- стернотомия – 29 пациентов (контрольная группа);
- с 2005 г – министернотомия – 33 пациента (I группа);
- с 2010 г – эндоскопическая тимэктомия - 6 пациентов (II группа).

Распределение пациентов по тяжести заболевания в различных группах не имело достоверных статистических отличий (табл. 1).

Табл. 1

Распределение пациентов по тяжести заболевания.

Степени тяжести	Количество больных (%)			
	Контрольная группа	I группа	II группа	всего
Легкой степени	2 (6,9%)	3 (9,1%)	1 (16,7%)	6 (8,8%)
Средней тяжести	18 (62,1%)	21 (63,6%)	4 (66,7%)	43 (63,1%)
Тяжелое течение	9 (31,0%)	9 (27,3%)	1 (16,7%)	19 (30,1%)
Итого	29 (100%)	33 (100%)	6 (100%)	68 (100%)

Окончательная генерализация процесса от начальных симптомов заболевания с формированием развернутой картины генерализованной миастении составила:

- до 1 года – у 23 (33,8%) больных;
- от 1 до 2-х лет у 29 (42,6%) больных;
- от 3 до 5 лет у 10 (14,7%) больных;
- более 5 лет – у 2 (2,9%) больных;
- у 4 (5,9%) больных сохранялись локальные процессы нарушения мышечной слабости.

Клиническое обследование больного включало:

- исследование крови (общий анализ, биохимическое исследование с определением содержания электролитов),
- исследование мочи,
- исследование иммунного статуса,
- электрокардиографию,
- исследование функции внешнего дыхания в т.ч. без антихолинэстеразных препаратов (АХЭП),
- прозериновая проба с оценкой неврологического статуса,
- электронейромиография + прозериновая проба,
- компьютерная томография.

Показания к хирургическому лечению генерализованной миастении.

Мы считаем показанием к оперативному лечению наличие миастении средней и тяжелой степени тяжести, причем это относится как к

генерализованной, так и к локальным формам миастении. При легкой форме заболевания, когда миастения плохо купируется АХЭП, или имеются побочные эффекты от их применения, миастенические кризы в анамнезе. Наличие тимомы у больных миастенией мы считаем абсолютным показанием к хирургическому лечению, которое с онкологических позиций является единственным, радикальным методом лечения этих больных.

Противопоказания к оперативному лечению миастении:

- миастенический криз;
- тяжелое состояние больного, обусловленное миастеническими нарушениями;
- наличие сопутствующих или конкурирующих заболеваний в стадии декомпенсации;
- наличие диссеминированного поражения опухолью плевры и перикарда, отдаленные метастазы;
- выраженная дыхательная недостаточность, обусловленная миастеническими нарушениями на фоне острых и хронических заболеваний легких.

Предоперационная подготовка включала в себя: антихолинэстеразные препараты, препараты К, витамины гр. В, С, Е, К- сберегающие препараты, полиионные растворы, глюкокортикоиды, эфферентные методы (плазмаферез), а также лечение сопутствующей патологии.

Критерием подготовленности больных генерализованной миастенией является максимально возможная компенсация миастенических нарушений на минимальных дозах АХЭП и гормональных препаратов. Мы считаем что плохо проведенную предоперационную подготовку у больных миастенией не может компенсировать ни хорошо проведенная операция, ни интенсивная терапия в послеоперационном периоде.

Оперативное лечение.

Целью операции является тотальная тимэктомия с окружающей жировой клетчаткой (т.к. в ней могут находиться мелкие тимические тельца). Основным хирургическим доступом при операции на вилочковой железе при генерализованной миастении была продольная стернотомия (контрольная группа) по отработанной в клинике методике. Первая операция в РКБ им. Г.Г. Куватова была выполнена в 1977 году доцентом Шагаровым И.Р.

У пациентов I группы проводилась тимомтимэктомия из министертотомического доступа. Преимуществами метода являются:

- рассечение только рукоятки грудины, меньшая травматичность;

- нет нарушения каркасной функции грудной клетки, профилактика дыхательных расстройств;
- хороший обзор переднего средостения, простота конверсии;
- повышается радикальность тимэктомии, профилактика рецидивов заболевания.

Недостатком метода является рубец на коже.

У пациентов II группы проводилась тимомтимэктомия из эндоскопического доступа. Основные принципы эндоскопической тимэктомии:

- однолегочная вентиляция;
- положение больного на спине с приподнятым левым боком;
- использование 3-х торакопортов;
- удаление обеих долей тимуса из одной плевральной полости;
- дренирование плевральной полости.

Преимуществами эндоскопической тимэктомии являются: минимальная травматичность и быстрое восстановление пациента после операции (см. табл. 2). Недостатками - однолегочная вентиляция, вскрытие плевральной полости, а также затруднение обзора средостения, особенно визуализация верхних полюсов тимуса.

Табл. 2

Показатели тяжести послеоперационного периода.

Группы	Контрольная группа (n=29)	I группа (n=35)	II группа (n=6)
Койко-дни в РАО	4,5±1,6	1,5±0,41*	0,86±0,23
Больных на продленной ИВЛ	9 (31,0%) 2 трахеостомии	3 (8,6%)	0
Продолжительность продленной ИВЛ (сут)	3,9±0,62	1,7±0,24 *	-
Миастенические кризы	2 (6,9%)	1 (2,9%)	-
Пневмонии	1 (3,4%)	1 (2,9%)	-

Примечание: * - достоверность отличий контрольной группы от основной $p < 0,05$

Результаты.

Морфологическое исследование удаленных вилочковых желез показало, что причиной заболевания в 18 случаях (26,5%) являлась акцидентальная инволюция тимуса, в 24 (35,3%) – гиперплазия тимуса, в 19 (27,9%) – тимома, в 4

(5,9%) – злокачественная тимомы, в 2 (2,9%) – тимолипома, в 1 случае (1,5%) – киста тимуса.

В отдаленном периоде после оперативного лечения генерализованной миастении результаты оценивались по модифицированной схеме Keynes (табл. 3) и представлены в таблице 4.

Умершие пациенты (2) имели злокачественную тимому с отдаленными метастазами. Пациент II группы с результатом Д (ухудшение) имел гиперплазию тимуса, по данным КТ через 1 год имеется подозрение на рецидив тимомы, планируется на повторную операцию.

Табл.3

Схема Keynes.

Результат	Описание
А (отличный)	Полное восстановление утраченных функций, трудоспособности, не нуждаются в терапии
В (хороший)	Состояние значительно улучшилось после операции, на фоне АХЭП, дозировки которых снизились в 2 и более раз, или при лечении поддерживающими дозами глюкокортикоидов (50% и меньше от максимальной)
С (удовлетворительный)	Незначительное улучшение самочувствия при некотором уменьшении дозировок АХЭП или с любой степенью улучшения на фоне высоких доз глюкокортикоидов
Д (ухудшение)	Эффекта от операции нет, состояние ухудшается на фоне прогрессирующей миастении
Е	Летальный исход

Табл.4

Результаты хирургического лечения генерализованной миастении.

Результат	Контрольная группа (n=29)	I группа (n=35)	II группа (n=6)
А (отличный)	7 (24,1%)	9 (25,7%)	2 (33,3%)
В (хороший)	11 (37,9%)	13 (37,1%)	2 (33,3%)
С (удовлетв.)	8 (27,6%)	9(25,7%)	1 (16,7%)
Д (ухудшение)	2 (6,9%)	3 (8,6%)	1 (16,7%)
Е (смерть)	1 (3,5%)	1 (2,9%)	-

Выводы.

Применение миниинвазивных технологий в лечении генерализованной миастении позволяет значительно снизить частоту ранних послеоперационных осложнений, длительность нахождения пациента в отделении интенсивной терапии, на продленной ИВЛ. Тимэктомия из министернотомического доступа является методом выбора, позволяющим провести радикальную операцию при минимальной травматизации. Эндоскопическая тимэктомия является перспективным методом и рекомендована при доброкачественных опухолях тимуса, а при гиперплазии и акцидентальной инволюции – только в случае уверенной радикальной тимэктомии.

Литература.

1. Болезни вилочковой железы. / В.П. Харченко, Д.С. Саркисов, П.С. Ветшев, Г.А. Галил-Оглы, О.В. Зайратьянц. – М., «Триада-Х», 1998. – 232 с.
2. Диагностика и лечение генерализованной миастении. Методические рекомендации. / А.А. Хамитов, М.А. Нартайлаков, С.В. Федоров, Ю.В. Тарасов, М.Ш. Кашаев. – Уфа, 2005. – 20 с.
3. Кузин М.И. Миастения. / М.И. Кузин, В.М. Гехт - М., Медицина, 1996. - 224 с.
4. Неймарк М.И. Периоперационный период в эндокринной хирургии. / М.И. Неймарк, А.П. Калинин. – М., Медицина, 2003. – 336 с.
5. Хирургия органов эндокринной системы: Учебное пособие / М.Ф. Заривчацкий, О.П. Богатырев, С.А. Блинов и др. - Пермь, 2002. – 240 с.

Острые медикаментозные гастродуоденальные эрозивно-язвенные поражения в хирургической клинике.

Сибяев В.М., Гатауллина Э.З., Тимербулатов Ш.В. Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России

Актуальность.

В последние годы наметилась тенденция к увеличению числа больных с острыми медикаментозными эрозивно-язвенными поражениями (ОМЭЯП) гастродуоденальной зоны. Распространённость данной патологии во многом обусловлена широким применением в лечебной практике нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), стероидных гормонов [2, 6]. А также прослеживается рост частоты желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК), связанных с применением НПВП [7]. Риск развития кровотечения у пациентов, принимающих НПВП в 3-7 раз выше, чем в популяции [4]. Такие осложнения, как ЖКК и прободная язва регистрируются в 1-4% случаев [5], а летальность больных, госпитализированных по поводу ЖКК, вызванных приемом НПВП, составляет 5-10% [3].

Целью исследований явилось изучение характера заболеваемости ОМЭЯП гастродуоденальной зоны, способов хирургического и эндоскопического лечения кровотечений и их эффективности при ОМЭЯП. Второй частью исследования явилась экспериментальная работа с целью усовершенствовать и обосновать эндоскопические способы остановки ЖКК.

Материалы и методы.

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 127 больных с ОМЭЯП гастродуоденальной зоны, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении, Больницы скорой медицинской помощи г. Уфы, с 2002г. по 2007г. Из них, мужчин – 85 (66,9%), женщин – 42 (33,1%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 86 лет.

Острые гастродуоденальные язвы и эрозии развились на фоне приема НПВС (аспирин — 74, анальгин — 7, кетарол — 9, ортофен — 23, индометацин — 1) в 114 (89,8 %) случаях, реже на фоне кортикостероидов (дексаметазон — 5, преднизолон — 2) в 7 (5,5%) случаях, и на фоне антикоагулянтов (гепарин — 5, фраксипарин — 1) в 6 (4,7%) случаях.

Острые язвы желудка были диагностированы у 64 (50,4%) больных, двенадцатиперстной кишки у 57 (44,9%). У 6 (4,72%) отмечено их сочетание.

По локализации острые медикаментозные язвы в 6 (7,5%) случаев были в кардиальном отделе, в 16 (20%) - субкардиальном отделе, в 23 (28,75%) - теле желудка, в 10 (12,5%) - антральном отделе, в 25 (31,25%) – препилорическом отделе; острые медикаментозные язвы двенадцатиперстной кишки в 39 (53,4%) – на передней стенке, в 18 (24,7%) – на задней стенке, в 12 (16,4%) – на медиальной стенке, в 4 (5,5%) - на латеральной стенке.

В 6 (16,2%) случаях было сочетание ОМЭЯП слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

По распространенности эрозивного процесса множественные эрозии преимущественно локализовались в желудке в 15 случаях и реже в двенадцатиперстной кишке – 9.

Helicobacter pylori инфекция была выявлена у 109 (85,8 %) больных.

Осложненное течение острых медикаментозных изъязвлений отмечено в 88 (69,3%) наблюдениях из 127: в 86 (68%) случаях – развилось желудочно-кишечное кровотечение, а в 2 (1,6%) – перфорация стенки желудка и двенадцатиперстной кишки.

При поступлении продолжающееся кровотечение (Forrest I) из язвы было выявлено у 20 (23,3%) больных. У остальных 66 (76,7%) пациентов выявлены признаки состоявшегося кровотечения (табл. 2).

Источник кровотечения в 48 (55,8%) наблюдениях локализовался в желудке, в 37 (43%) случаях в двенадцатиперстной кишке. В 1 (1,2%) случае язвенные дефекты располагались как в желудке, так и в двенадцатиперстной кишке.

Источник кровотечения описывали по J.A. Forrest (1974). Из острых медикаментозных гастродуоденальных язвенных кровотечений у 11 (12,8%) было выявлено кровотечение уровня Forrest 1a, 10 больных были прооперированы.

Кровотечение уровня Forrest 1b было у 9 (10,5%), из них 6 (66,7%) больным был выполнен эндоскопический гемостаз нитратом серебра, 3 больных (33,3%) были экстренно прооперированы.

У 10 (11,6%) больных кровотечение было уровня Forrest 2a, больные находились в отделение ОАРИТ, в течение 8-12ч первых суток (2-3р) был выполнен ФГДС-контроль.

Кровотечение уровня Forrest 2b было установлено у 31 больного (36%).

У 25 (29,1%) было установлено кровотечение Forrest 2c, данные больные находились под наблюдением в хирургическом отделении.

Среди оперированных мужчины составили 82% (9 больных), женщины 18% (2 больных). Летальность составила 7% (9) человек.

Тяжесть общего состояния больных была обусловлена не только кровопотерей, но и тяжестью сопутствующей патологии.

Анализируя характер сопутствующих заболеваний, мы обнаружили высокую корреляцию появления ОМЭЯП гастродуоденальной зоны с числом системных поражений органов.

В 58,2% (74) наблюдений ОМЭЯП возникали на фоне сердечно-сосудистых заболеваний, у 4 (3%) больных острые ЭЯП развились на фоне цереброваскулярной болезни, 7 (6%) больных с кровотечением из ОМЭЯП имели сахарный диабет суб или декомпенсированное течение. В 25,1% (32) наблюдений ОМЭЯП возникали на фоне воспалительных и дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата, у 6 (5%) заболевания печени с явлениями печеночной недостаточности, 4 больных (3%) ХНЗЛ.

Ведущую роль в образовании ОМЭЯП гастродуоденальной зоны играет декомпенсация сопутствующих заболеваний и полиорганная недостаточность.

В лечебной практике широко применяются эндоскопические методы остановки острых ЖКК. Преимуществами эндоскопического гемостаза являются высокая эффективность в обеспечении первичного гемостаза, малая травматичность, возможность выполнения у тяжелых больных [1].

Среди эндоскопических методов к числу наиболее эффективных относится инфльтрационный гемостаз, который осуществляется растворами адреналина, вазопрессина, цианокрилатами, силиконовыми композициями, масляными растворами, спирт-новокаиновыми смесями, склерозирующими препаратами и др.

Целью нашего экспериментального исследования явилось - анатомо-морфологическое обоснование применения инфльтрационных методов гемостаза в различных отделах желудка.

Нами проведено экспериментальное исследование в условиях вивария на 20 поросятах, массой в среднем 10кг.



Рис. 1 Экспериментальная модель поросенок под эндотрахеальным наркозом.

Экспериментальную модель создавали следующим образом: под эндотрахеальным наркозом (Рис. 1) выполнялась срединная лапаротомия, гастротомия. Кровотечение вызывалось механической травматизацией слизистой оболочки кардиального отдела, тела желудка и пилорического отдела. Затем проводился инфильтрационный (инъекционный) метод гемостаза. Мы оценивали эффективность и значимость различных растворов, их концентрацию и объем инфузата, точек инъекции, зависимость от зоны расположения источника кровотечения. Конечными результатами желаемого эффекта были достижение первичного гемостаза и отсутствие рецидива кровотечения в ближайшие часы эксперимента.

Для данного метода нами использовались различные по своему составу, концентрации и объему растворы-препараты:

- 1) физиологический р-р хлорида натрия 0,9%;
- 2) р-р глюкозы 5%, 10%, 40%;
- 3) физиологический р-р хлорида натрия 0,9% + р-р адреналина 0,1%-0,5 ml,
- 4) р-р глюкозы 5%, 10%, 40% + р-р адреналина 0,1%- 0,5 ml;
- 5) физиологический р-р хлорида натрия 0,9% + р-р адреналина 0,1%-1 ml,
- 6) р-р глюкозы 5%, 10%, 40% + р-р адреналина 0,1%-1 ml;

Растворы вводились отступя 2-3 мм от кровоточащего сосуда в подслизистый слой из одной точки (односторонняя экстравазальная компрессия) или двух точек – с двух сторон (билатеральная экстравазальная компрессия) в объеме 2,0; 4,0 и 6,0 мл.

При введении физиологического 0,9% раствора хлорида натрия в указанных объемах гемостатический эффект не был достигнут ни в одном случае: раствор быстро распространялся диффузно вокруг точки введения и всасывался. Гемостатический эффект не был достигнут и при билатеральной экстравазальной компрессии.

При введении физиологического раствора с добавлением 0,5 мл 0,1% адреналина гемостатический эффект был кратковременным (2 минуты), рецидив кровотечения наблюдался в половине случаев. При увеличении дозы 0,1% раствора адреналина до 1,0 мл, гемостатический эффект также оставался кратковременным (2,5-3 минуты), снижение рецидива кровотечения до 10% удавалось достигнуть при заметном увеличении объема вводимого раствора (более 10 мл).

Подслизистая инъекция 5% раствора глюкозы в указанных объемах обеспечивала создание инфильтрата вокруг кровоточащего сосуда, но гемостатический эффект был кратковременным (2-3 минуты), а рецидив кровотечения наблюдался в 70% случаев. Добавление в состав 0,1% инъекционного раствора 0,5 мл адреналина позволило добиться создания плотного инфильтрата, сдавливающего кровоточащий сосуд, и снижения рецидива кровотечения до 50%. Увеличение же дозы 0,1% адреналина до 1,0 мл создает плотный паравазальный инфильтрат и уменьшает число рецидивов кровотечения до 20%.

При введении 10% раствора глюкозы вокруг источника кровотечения создавался плотный инфильтрат, сдавливающий сосуд и обеспечивающий гемостаз. Рецидив кровотечения при данном методе отмечался в 30% случаев.

Применение 10% раствора глюкозы с добавлением 0,5 и 1,0 мл 0,1% раствора адреналина создает плотный инфильтрат (Рис. 2.) вокруг кровоточащего сосуда и надежный первичный гемостаз (Рис. 3.). Рецидив кровотечения за время острого опыта в этих группах не отмечен.

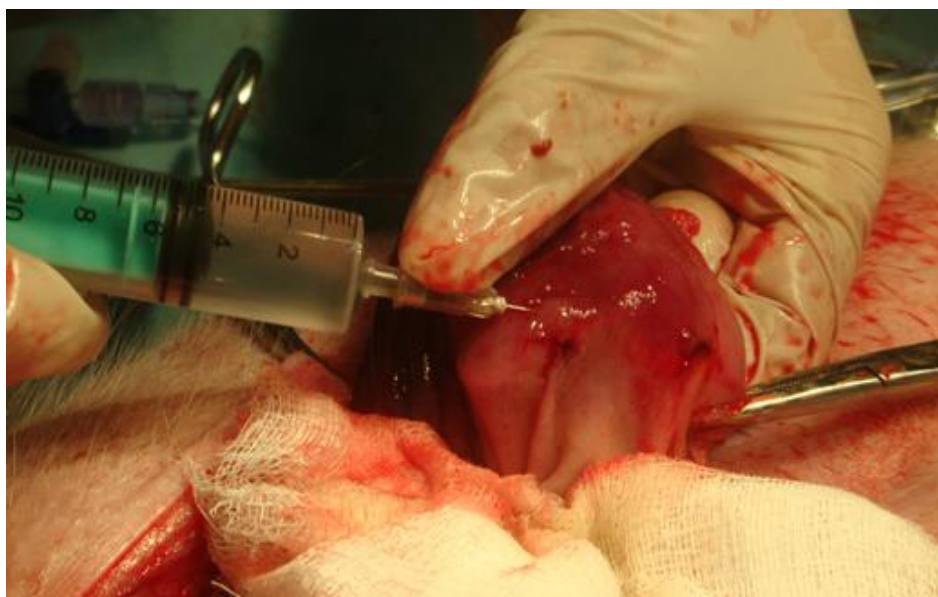


Рис. 2 Введение раствора глюкозы 10% с раствором адреналина 0,1%- 0,5 ml, в тело желудка.

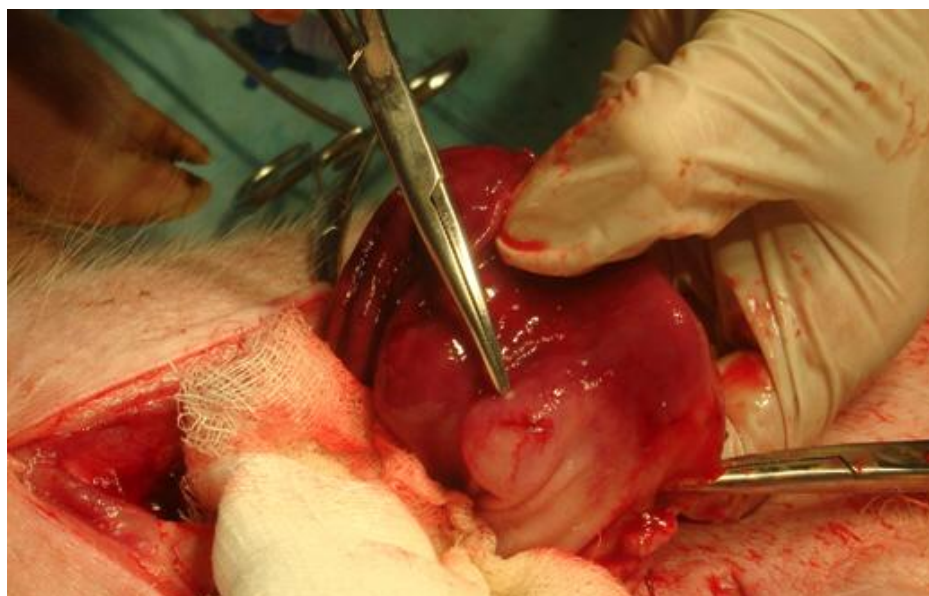


Рис. 3 Плотный инфильтрат вокруг кровоточащего сосуда.

При использовании 40% раствора глюкозы вокруг кровоточащего сосуда создавался более плотный инфильтрат и, как правило, достигался гемостаз, но при этом объем вводимого раствора превышал 6 мл. При добавлении в смесь 0,1% раствора адреналина в количестве 0,5 и 1,0 мл всегда достигался гемостатический эффект, рецидивов кровотечения не было.

Эксперименты показали, что односторонняя экстравазальная компрессия обеспечивает гемостаз при кровотечении из артерии диаметром до 1,5 мм, а при повреждении артериального сосуда с диаметром, превышающим 1,5 мм, как правило, требуется билатеральная экстравазальная компрессия.

При кровотечениях из кардиального или пилорического отделов желудка для инфльтрационного гемостаза достаточно введения 4 и 6 мл инъекционных растворов 10 и 40% глюкозы. Если же кровотечение исходило из передней или задней стенок тела желудка, объем вводимых растворов превышал вышеприведенные объемы в два-три раза. Гемостатический эффект при кровотечениях из повреждений в области тела желудка достигался в основном при использовании 40% раствора глюкозы. Этот факт можно объяснить морфологическими особенностями соединительнотканной стромы подслизистого слоя.

Местные особенности фиброструктуры подслизистого слоя различных отделов желудка определяют характер распространения растворов при их введении для лечебных манипуляций. При относительно рыхлой структуре волокон, составляющих 40-60% от общей площади гистотопографического препарата (тело желудка), наблюдается диффузное распространение подслизисто введенных инъекционных растворов. И, наоборот при компактном характере фиброархитектоники (до 70-80%) создаются условия для формирования ограниченного, плотного инфильтрата, обеспечивающего более надежный гемостаз.

Выводы.

1. Ретроспективный анализ историй болезни хирургических больных с ОМЭЯП гастродуоденальной зоны установил, что острые язвы желудка были диагностированы у 64 (50,4%) больных, двенадцатиперстной кишки – у 57 (44,9%). Частота гастродуоденальных кровотечений при ОМЭЯП составила 68%. *Helicobacter pylori* инфекция была выявлена у 109 (86,6%) больных.
2. К факторам риска развития ОМЭЯП слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки следует отнести: фоновые заболевания, *Helicobacter pylori*, мужской пол, пожилой возраст.
3. ОМЭЯП характеризуются склонностью к кровотечениям. Желудочная локализация кровотечений наблюдалась у 48 (55,8%) больных, а в двенадцатиперстной кишке – 37 (43%) больных, сочетание у 1 (1,2%).
4. Результаты экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что при выполнении инфльтрационного метода гемостаза необходимо учитывать локальные особенности фиброархитектоники подслизистого слоя различных отделов желудка, физические свойства препарата для инъекции, методики инъекции в зависимости от диаметра кровоточащего сосуда.

5. При кровотечениях из повреждений тела желудка гемостаз достигается при применении более концентрированных (40%) растворов, а из повреждений кардиального и пилорического отделов – 10-20% растворы глюкозы.
6. Наиболее часто рецидивы кровотечения отмечались при кровотечениях из тела желудка, чаще всего – из малой кривизны, реже – из пилорического и кардиального отделов.
7. Достоинствами инфльтрационного метода являются относительно малая травматичность, непродолжительное время манипуляции, обеспечение первичного гемостаза.
8. Частота рецидивов имеет прямую зависимость от концентрации применяемого препарата.

Литература.

1. Гуцу В.М., Бодруг Р.Г., Пител Е.В. Сравнительная оценка и результаты использования эндоскопических и хирургических методов гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Укр. журн. малоинваз. эндоскоп. хір. 2000. №3. С.40.
2. Калинин А.В. Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта при применении нестероидных противовоспалительных препаратов // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. – 1994. –№1.- С. 19-22.
3. Armstrong CP, Blower AL. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and life threatening complications of peptic ulceration. Gut 1987;28:527-32.
4. Benz J., Wiedbrauck F., Hotz J. Zur Epidemiologie des Antirheumatika-assozierten Ulkus im Vergleich zum peptischen Gastroduodenalulkus:
5. Hernandez DS, Rodrigues LA. Association between non-steroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation: an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. Arch Inter Med 2000; 160: 2093-99.
6. Janssen M, Dijkmans BA, Lamers CB. Upper gastrointestinal manifestations in rheumatoid arthritis patients: intrinsic or extrinsic pathogenesis? // Scand. J. Gastroenterol – 1990 - Vol. 25, suppl.; 178. p. 79-84.
7. Singh G, Triadafilopoulos G. Appropriate choice of proton pump inhibitor therapy in the prevention and management of NSAID-related gastrointestinal damage. Int J Clin Pract 2005; 59(10): 1210-17.

Лапароскопическая холецистэктомия по методике «единого доступа» с применением устройства для фиксации желчного пузыря.

Галимов О.В., Ханов В.О., Файзуллин Т.Р., Ронжин А.Е. Кафедра хирургических болезней и новых технологий ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Лапароскопическая холецистэктомия стала общепризнанным стандартом в хирургическом лечении желчнокаменной болезни. Переход от лапаротомии к лапароскопии качественно изменил агрессивность хирургических вмешательств. На сегодняшний день лапароскопическая холецистэктомия традиционно проводится через 3 или 4 троакарных раны. Но идет дальнейшая минимизация данной процедуры за счет уменьшения количества используемых троакаров или смены доступа. Активно прогрессирует хирургия доступов через естественные отверстия (NOTES), частью которой является трансумбиликальные операции(SILS). Сейчас разрабатываются и внедряются в практику технические устройства, позволяющие проводить операции через один рабочий порт. Первые шаги внедрения новых методов минимально-инвазивных вмешательств породили ряд закономерных вопросов, касающихся, прежде всего целесообразности, безопасности, возможного спектра применения, эффективности и др.[2,3]. В настоящее время данная хирургическая технология находится в стадии развития, формирования концептуальных позиций, накопления первоначального опыта, определения спектра возможного клинического использования.

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней и новых технологий Башгосмедуниверситета, включающей в себя несколько стационаров города выполнено 49 лапароскопических холецистэктомий из «единого доступа» с использованием различных систем портов SILS. Среди пациентов насчитывалось 40 (81,6%) женщины и 9 (18,4%) мужчин в возрасте от 24 до 73 лет. По-прежнему, как и на этапах освоения техники, необходимым считали тщательный отбор больных для обеспечения безопасности вмешательства. Все пациенты оперированы по поводу хронического калькулезного холецистита. Общие размеры конкрементов по данным УЗИ не превышали 3см. Следует отметить, что в рассматриваемой группе у 9 пациентов в анамнезе были перенесенные лапаротомии (в основном по поводу гинекологических заболеваний, а у 4 пациенток индекс массы тела (ИМТ) составил 31 кг/м². По мере накопления опыта

показания к «однопортовым» операциям расширились. Среднее время вмешательства составило $79 \pm 6,9$ мин.

Результаты и обсуждение. SILS -порт обеспечивает высокую подвижность, стабильную работу и комфортную технику введения инструментов. Центральный рабочий канал позволяет вводить инструменты размером до 12,5 мм. Одновременно для удобства манипулирования в рабочем канале порта должно находиться не более 3 инструментов, включая лапароскоп. Среди недостатков методики многие авторы отмечают значительные трудности при выделении элементов шейки желчного пузыря по сравнению с аналогичной лапароскопической многопортовой операцией. Параллельное расположение осей рабочих инструментов значительно затрудняет возможность боковых тракций желчного пузыря. Известно, что при проведении лапароскопической холецистэктомии выполняют тракцию дна желчного пузыря в краниальном направлении с целью доступа к шейке желчного пузыря и его фиксации в требуемом положении. Адекватное натяжение желчного пузыря и его регулируемая ротация в ходе операции являются главными факторами профилактики ятрогенных повреждений трубчатых структур [1,4].

Для этой цели либо используется дополнительный изогнутый инструмент, нестандартные движения которого требуют специального тренинга, либо дно желчного пузыря прошивают специальной иглой с нитью, проведенной через переднюю брюшную стенку. Введение дополнительного инструмента в рабочий канал порта сопровождается «конфликтом» инструментов. Отмечено усложнение визуализации зоны операции по причине перегиба через фиксирующий инструмент дна желчного пузыря, который "сваливается" на область оперативного воздействия. Этап чрескожного прошивания пузыря иглой с нитью достаточно трудоемкий и значительно удлиняет время операции. С целью облегчения данной процедуры, нами предложен способ захвата и удержания желчного пузыря с помощью устройства, содержащего металлическую струну.

Предлагаемый способ осуществляется следующим образом. Производится создание пневмоперитонеума, устанавливается порт «единого доступа» и вводятся лапароскоп и диссектор. С помощью оригинального устройства, представляющего собой полую иглу внутри которой размещены металлическая струна и пружинный механизм, который соединен с кнопкой для выдвижения крючкообразного зажима для захвата струны, производят прокол брюшной стенки. Далее устройство подводят к дну желчного пузыря и выпускают из него

заостренную металлическую струну, которой прокалывают насквозь стенки пузыря. Затем фиксирующее устройство извлекают обратно и, захватывая им конец струны, покидают брюшную полость через имеющийся прокол в брюшной стенке, подтягивая желчный пузырь до соприкосновения с внутренней стороной брюшной стенки, что позволяет надежно фиксировать дно желчного пузыря и получить доступ к элементам треугольника Кало. Последовательно выделяют пузырную артерию и пузырный проток, выполняют их клипирование и пересечение. Затем в субсерозном слое производят отсечение желчного пузыря от ложа печени. Выполняют тщательный контроль гемостаза и промывание от сгустков крови, фрагментов тканей и продуктов коагуляции ложа желчного пузыря. После этого извлекают желчный пузырь вместе с портом. Методика успешно применена у 32 пациентов, лапароскопическая холецистэктомия у которых проводилась по методике «единого доступа». Осложнений связанных с применением данного способа не наблюдалось, при этом отмечено сокращение времени операции и надежная и безопасная фиксация желчного пузыря с обеспечением лучшей визуализации элементов его шейки.

В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. На 3-и сутки выполнялось УЗИ брюшной полости и контрольный забор анализов. Пациентки активизировались в первые сутки после операции, болевой синдром был минимален и не требовал назначения наркотических анальгетиков. Все пациенты выписаны до 5-х суток после операции в удовлетворительном состоянии. Швы снимались амбулаторно на 7-10-е сутки. При последующих повторных осмотрах до 3 месяцев после выписки пациентки жалоб не предъявляли, чувствовали себя хорошо.

Заключение. Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия из «единого доступа» как отдельный вид операции, имеет свои собственные нюансы отличные от миниинвазивных вмешательств и требует дальнейшей отработки этапов и элементов вмешательства, оптимизирующих данную методику.

Литература.

1. М. А. Каштальян повреждение желчного пузыря во время лапароскопической холецистэктомии, Клінічна хірургія. — 2009. № 7- 8,с.
2. Семенцов В.К., Сорока А.К. « Анализ неудач, ошибок, осложнений ЛХЭ и способы их профилактики» // Тихоокеанский медицинский журнал 2000г. № 5 с 26 29.
3. Аммосов А.Б. Категории сложности в "золотом стандарте" в лечении холелитиаза / А.Б. Аммосов, В.В. Дмитриев, А.В. Гужва // Эндоскопическая хирургия. 2003.- №1.- С. 20-22.
4. Галлингер Ю.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / Ю.И. Галлингер, В.И. Карпенкова // Актуальные вопросы современной, хирургии: Материалы Международного хирургического конгресса, 22 -25 февраля 2003 г.- М., 2003.- С.59.

Прогноз рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Бакиров С.Х., Мусин А.Р., Аглямов Р.И. Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Несмотря на совершенствование средств и методов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, в том числе использование эндоскопических методов остановки кровотечения, уровень летальности остается высоким и составляет от 10-14% до 30% [1,2]. До 40% в структуре больных с гастродуоденальными кровотечениями занимают лица пожилого и старческого возраста [3,4]. При этом до 20% больных поступает позже 24 часов от начала заболевания, что существенно отягощает течение заболевания. В настоящее время у хирургов нет единого мнения в определении прогностических критериев риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, определяющих тактическое решение хирурга, хотя именно рецидивирующие кровотечения в прогностическом отношении наиболее неблагоприятны [2,5]. Существуют различные подходы к хирургическому лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений: активная, активно-выжидательная и выжидательная тактика. Однако ни один из указанных подходов не решил данную хирургическую проблему, т.к. основной причиной летальности, по мнению Г.Л. Ратнера, В.И. Корытцева (1999), является несвоевременное решение об оперативном вмешательстве из-за отсутствия объективных прогностических критериев. Поиск оптимальных методов прогноза рецидива кровотечения, разработка методов профилактики и разработка способов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, являются на сегодняшний день актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии.

Цель исследования: разработать прогностический алгоритм выявления рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений для их профилактики в условиях хирургического стационара.

Анализ историй болезни больных с кровотечениями показал, что основными причинами желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) являются язвенная болезнь желудка и 12 п. кишки (табл. 1). Нами создан алгоритм оценки вероятности развития рецидива кровотечения у хирургических больных. Проведен многофакторный анализ клинических, лабораторных, эндоскопических данных и

составлена прогностическая карта показаний для консервативного лечения и сроков оперативного вмешательства при гастродуоденальных кровотечениях.

Табл. 1

Нозологические формы источника гастродуоденальных кровотечений.

Причина кровотечения	Количество больных, %
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	27
Синдром Мэллори Вейса	14,3
Эрозивный гастрит, бульбит	12,75
Хроническая язва желудка	12,4
Эрозивный эзофагит	9,78
ВРВ пищевода	7
Острая язва желудка	4,86
Множественные язвы желудка	3,5
Оперированный желудок	2,1
Бластома желудка	1,45
Другие (ожоги, полипы пищевода)	4,86

Материал и методы.

Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений в ГКБ № 8 за период 2003 - 2010 гг. Возраст пациентов был от 25 до 83 лет, средний возраст $39,1 \pm 16,1$ лет. Мужчин - 103 (64%), женщин было 57 (36 %) (соотношение 1,8 : 1). По нозологическому признаку пациенты распределились следующим образом, которое представлено в таблице № 2.

Табл. 2

Нозологические формы источника гастродуоденальных кровотечений.

Причина кровотечения	Количество больных	
	Абс.	%
Язва двенадцатиперстной кишки	78	48,7
Хроническая язва желудка	33	20,6
Острая язва желудка	28	17,5
Множественные язвы желудка	12	7,6
Пептическая язва анастомоза	9	5,6

Все больные поступили в экстренном порядке. При поступлении им сразу же производили эндоскопические исследования. По степени устойчивости гемостаза пациенты распределились следующим образом: со степенью устойчивости гемостаза F II - 120 (75%). F III - 24 (15%), F I - 16 (10%).

Эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза имели 30 (38,4%) пациентов с язвой желудка и 42 (48%) - с язвой двенадцатиперстной кишки. Для воздействия на источник кровотечения через эндоскоп применяли термические (монополярная и биполярная электрокоагуляция), инъекционные (1,0 мл 0,1% раствора адреналина и 50 мл 0,5% раствора новокаина), аппликационные (обработка 5% раствором гамма аминокaproновой кислоты), механические (клипирование, лигатур) методы гемостаза. Выбор метода гемостаза осуществлялся в соответствии с характеристиками источника язвенного кровотечения.

Пациенты, оперированные в период с 2003 – 2006 гг. (73 больных) составили контрольную группу. В данной группе оценка хирургического риска проводилась на основании изучения историй болезней и амбулаторных карт. Пациенты, находящиеся на лечении с 2006г. по 2010г. (87 больных), составили основную группу. В данной группе оценка факторов риска рецидива кровотечения проводилась в ходе предоперационной подготовки и в динамике раннего послеоперационного периода, причем лечащим врачам давались конкретные рекомендации о вероятности развития риска кровотечения.

Результаты и обсуждение.

Для прогноза рецидива кровотечения нами был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), разработанный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е. (2009). Данный индекс получают путем умножения величины шокового индекса (ШИ) на балл эндоскопической оценки по Форрест (Ф) и балл размера язвы (Р):

$$\text{ИРК} = \text{ШИ} * \text{Ф} * \text{Р}.$$

Для определения величины кровопотери используем шоковый индекс (отношение частоты сердечных сокращений к систолическому давлению), предложенный в 1976 г. М. Алльговерым. Данная методика определения величины кровопотери проста и доступна каждому врачу.

Оценка язвенного кровотечения по Форрест ранжирована по баллам следующим образом: Ф1а – 5, Ф1в – 4, Ф2а – 3, Ф2в – 2, Ф2с – 1. Размер язвы определяется с помощью эндоскопической линейки во время гастродуоденоскопии и ранжируется в следующем порядке: до 5 мм – 1 балл, от 5 до 14 мм – 2 балла, от 15 до 24 мм – 3 балла, 25 мм и более – 4 балла. При умножении каждого признака выявляется целостная картина рецидива кровотечения. Дополнительно нами введены 2 балла за локализацию язвы в опасных зонах (язва по малой кривизне желудка, язва по задней стенке луковицы 12 перстной кишки). При увеличении ИРК прогрессивно увеличивается риск

рецидива кровотечения. Если балл ИРК 2 и менее вероятность рецидива кровотечения составляет 5,1%, 2-8 балла - 20%, 8-13 балла – 30%, 13-19 – 60-80% и при 20 и выше рецидив кровотечения отмечается у всех больных (100%). Срок действия прогноза - в первые 7 суток с момента поступления больного в стационар.

Для определения тактики введения больного производилась ориентировочная оценка риска рецидива кровотечения у конкретного больного с учетом клинической картины. При сумме баллов ИРК от 1 до 12 производилось консервативное лечение, от 13 до 16 баллов велось динамическое наблюдение, показания к оперативному лечению выставлялись при сумме баллов 17 и более.

При лечении язвенных кровотечений чрезвычайно важны организационные вопросы, требующие согласованных, технически обеспеченных действий хирурга, врача эндоскописта, реаниматолога-анестезиолога и терапевта в самом лечебном учреждении.

Данные каждого больного проспективной группы обрабатывались согласно предложенному индексу ИРК и выбирался оптимальный вариант лечения (только медикаментозное лечение, выжидательная тактика, срочная операция, плановая операция после подготовки). Срочная операция при остановившемся кровотечении выполнялась в течение суток от поступления или в ближайшие часы (при продолжающемся кровотечении), плановая при достижении необходимого уровня компенсации.

Главным опорным пунктом является необходимость экстренной операции. Если она необходима (более 17 баллов ИРК), сравнивается риск экстренной операции и медикаментозного лечения. Если риск экстренной операции превышает риск медикаментозного лечения, то принимается решение о выжидательной тактике.

В зависимости от прогноза возможности рецидива кровотечения можно выделить две основные группы: больные с неблагоприятным прогнозом рецидива кровотечения и больные, у которых вероятность рецидива кровотечения невелика. Иными словами, прогноз рецидива кровотечения является интегральным критерием, дающим возможность обоснованно определять сроки оперативного вмешательства.

При этом целью операции является, во-первых, остановка кровотечения и спасение жизни больного, и, во-вторых, излечение его от язвы. Наш опыт свидетельствует, что всем этим требованиям при кровоточащих дуоденальных и

пилороантральных язвах в достаточной мере отвечает операция лигирования кровоточащего сосуда в язве или иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией. Резекция желудка обоснована у больных с локализацией язвы тела или в кардиальном отделе желудка, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний, в ранние сроки от начала кровотечения, а также в тех случаях, когда во время операции обнаруживаются признаки малигнизации язвы. Паллиативные операции в виде изолированного прошивания или иссечения язвы любой локализации допустимы у больных только при крайне тяжелой кровопотере и тяжелых сопутствующих заболеваниях, исключающих радикальное вмешательство. Одним из основных вопросов в хирургическом лечении острых гастродуоденальных кровотечений является общая летальность (табл. 3).

Табл. 3

Результаты лечения больных с язвенными кровотечениями.

Группа	Оперативное лечение	Эндоскопический гемостаз	Консерв. терапия	Летальность	
				Абс.	%
Основная n = 87	12	57	18	2	2,3
Контрольная n =73	16	44	13	3	4,1

Главным доказательством практического значения предлагаемой методики являются исходы лечения: удалось снизить общую летальность с 4,1 до 2,3%. Использование разработанного метода выявления риска рецидива кровотечения позволяет быстро и объективно оценить вероятность такого рецидива и выбрать оптимальную лечебную тактику, исходя из тяжести состояния больного.

Выводы.

1. Оптимальная тактика введения больных с ЖКК определяется тяжестью состояния, вида эндоскопического гемостаза и прогнозом рецидива кровотечения в первые часы поступления больного в хирургический стационар
2. Хирургическое лечение выполняется по строгим показаниям при неэффективности эндоскопического гемостаза, а также при высоком риске рецидива кровотечения (ИРК более 17 баллов).

Литература.

1. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. М: Медицина 1982; 224с.
2. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова, 2009, №2, с. 32-34.
3. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. Хирургия 2005; №1, с. 58—64.
4. Ярема И.В., Уртаев Б.М., Ковальчук Л.А. Хирургия язвенной болезни желудка. М: Медицина 2004; 304с.
5. Freston J.W. Management of peptic ulcers: emerging issues. World J Surg 2000; 24: 3: 250—255.

Антимикробная фотодинамическая терапия в сочетании с лазеро-антибиотикотерапией у больных с гнойно-септическими осложнениями гепатопанкреатобилиарной системы.

Пантелеев В.С., Нартайлаков М.А. Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета, ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа.

Актуальность.

На сегодняшний день существует множество способов ликвидации гнойно-септических осложнений у больных с заболеваниями печени, желчевыводящих протоков и поджелудочной железы. Однако до сих пор остается актуальной проблема лечения инфицированных эхинококковых и непаразитарных кист [12,13,14], а также нагноившихся альвеококковых полостей распада печени, поскольку у 12,8% этих пациентов происходит повторное нагноение остаточных полостей после оперативных вмешательств [8,9]. Даже применение пункционно-дренирующих операций и назначение эмпирической прайзерной (спасающая жизнь) антибактериальной терапии, на первом этапе лечения, не всегда позволяет купировать явления острого холангита [1], что может привести к формированию холангиогенных абсцессов печени и билиарному сепсису [2,4]. Несмотря на использование различного рода дренирующих операций, при наличии высоковирулентной и антибиотикорезистентной микрофлоры, остановить прогрессирование гнойно-септических осложнений деструктивного панкреатита является достаточно сложной задачей, а высокая летальность у этой категории больных заставляет искать новые пути решения данной проблемы [10,11,15]. Одним из методов борьбы с патогенной микрофлорой является антимикробная фотодинамическая терапия (АФДТ), которая использует опыт, накопленный при ФДТ опухолей [3,5]. Необходимым условием для борьбы с патогенной микрофлорой является обеспечение высокой концентрации антибактериальных препаратов в очаге инфекции, однако не все антибиотики способны проникать через гепатопанкреатический и билиарный барьеры. Есть мнение, что внутрисосудистое лазерное облучение крови позволяет сконцентрировать и активизировать антибактериальный препарат, а дополнительное местное облучение лазером добиться пролонгированного его действия [7].

Целью исследования явилось изучение эффективности применения АФДТ в сочетании с лазероантибиотикотерапией у больных с гнойно-септическими осложнениями гепатопанкреатобилиарной системы.

Материал и методы.

Всего было пролечено 164 больных, из них: 54 - с эхинококковыми и 7 - с непаразитарными инфицированными кистами печени; 46 - гнойным холангитом; 44 - с гнойно-септическими осложнениями деструктивного панкреатита; у 13 были нагноившиеся альвеококковые полости распада печени.

Все больные с инфицированными эхинококковыми, непаразитарными кистами и полостями распада печени были разделены на основную (35 пациентов) и группу сравнения (39 пациентов). Больные гнойным холангитом распределились на 22 пациента основной группы и 24 пациента группы сравнения. Из 44 больных деструктивным панкреатитом 10 пациентов вошли в первую основную группу, 16 пациентов во вторую основную группу и 18 пациентов в группу сравнения.

В основных группах пациентов применена разработанная нами методика антимикробной фотодинамической терапии (АФДТ) в сочетании с лазероантибиотикотерапией. В качестве фотосенсибилизатора (ФС) как в виде концентрата, так и геля-пенетратора использовался «Фотодитазин®» (N-диметилглюкаминная соль хлорина Е6) - препарат растительного происхождения, созданный на основе производных хлорофилла А, получаемый из биомассы микроводоросли Спирулина платензис (*Spirulina platensis* Gom. Geitleri). После этапов эхинококкэктомии, фенестрации кист печени, эвакуации содержимого альвеококковых каверн и гнойных полостей деструктивного панкреатита на стенки полости наносился 0,5% гель-пенетратор из расчета 1 мл на 5см² облучаемой поверхности. В послеоперационном периоде для возбуждения ФС через установленные дренажи по световоду с диффузором на конце проводили облучение лазерным аппаратом «Аткус-2» (С-Петербург) длиной волны 661 нм (патент на изобретение № 2364371 от 20.09.2009 г.). Доза облучения составила при: панкреатите – 60 Дж/см², эхинококковых и непаразитарных кистах – 90 Дж/см², альвеококкозе – 120 Дж/см². У 10 пациентов с четко отграниченными солитарными и без секвестров абсцессами сальниковой сумки проводились пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвука и/или компьютерной томографии. Через установленный дренаж, после эвакуации гнойного содержимого, в полость гнойника вводилось 25 мг

концентрата ФС, разведенного в 50 мл физиологического раствора с последующим лазерным облучением дозой 60 Дж/см².

У больных гнойным холангитом на первом этапе лечения устанавливался наружный чрескожный, чреспеченочный дренаж через который вводилось 25 мг разведенного в 40 мл концентрата ФС. По истечении 2 часов «желчное дерево» с микроорганизмами прокрашивалось ФС, после чего проводилось чрездренажное лазерное облучение с последующей однократной фотомодификацией крови путем внутривенной лазерной обработки длиной волны 661 нм, мощностью 0,2 Вт, экспозицией 30 минут (патент на изобретение № 2392986 от 27.06.2010 г.).

Всем пациентам основных групп проводилась ежедневная лазероантибиотикотерапия путем внутривенного лазерного облучения крови длиной волны 0,63 мкм, мощностью 2 мВт, экспозицией 20 минут, в сочетании с лазеротерапией через брюшную стенку на проекцию патологического очага длиной волны 0,89 мкм, частотой 3000 Гц.

Результаты и обсуждение.

Сравнивая лабораторные и клинические данные у пациентов с инфицированными эхинококковыми, непаразитарными кистами и альвеококковыми полостями распада печени, нами получены достоверные различия, показывающие сокращение сроков нормализации показателей раннего послеоперационного периода в основной группе больных (табл. 1).

Табл. 1

Показатели раннего послеоперационного периода в обеих группах больных с эхинококковыми, непаразитарными кистами и альвеококковыми полостями распада печени

Показатели раннего послеоперационного периода (в сутках)	Группа сравнения (n=39)	Основная группа (n=35)
Длительность лейкоцитоза	8,2±1,2	3,9±1,7*
Нормализация СОЭ	14,5±3,4	9,1±1,9*
Нормализация АЛТ и АСТ	9,4±1,9	4,1±1,2*
Нормализация температуры тела	7,8±2,2	3,5±0,7*

Примечание: * различия показателей основной группы достоверны (p<0,05) по сравнению с традиционными методами лечения.

Анализируя послеоперационные осложнения после проведенных эхинококкэктомий, фенестраций кист и дренирования альвеококковых полостей распада печени, мы выявили повторное инфицирование остаточных полостей в 5(12,8%) случаях сравниваемой группы и в 1(2,9%) случае основной группы больных (табл. 2.).

Табл. 2

Результаты лечения инфицированных эхинококковых, непаразитарных кист и альвеококковых полостей распада печени

Характеристика послеоперационных осложнений	Группа сравнения (n=39)	Основная группа (n=35)	Всего (n=74)
Нагноение остаточной полости	5(12,8%)	1(2,9%)	6(8,1%)
Абсцесс брюшной полости	2(5,1%)	-	2(2,7%)
Нагноение послеоперационной раны	4(10,2%)	1(2,9%)	5(6,8%)
Итого:	11(28%)	2(5,8%)	13(17,6%)

При оценке результатов лечения больных гнойным холангитом нами изучена микрофлора с микробным числом путем проведения бактериологических исследований желчи. Среди всех обследованных положительные результаты посевов желчи получены у 100%. У больных сравниваемой группы на 6-7 сутки после декомпрессии желчных путей из печеночной желчи выделены высокоустойчивые к антибиотикам штаммы госпитальной инфекции в концентрации 10^6 КОЕ/мл и выше. В основной группе больных нам удалось к 3 суткам после проведенной АФДТ снизить уровень бактериохоллии до 10^3 КОЕ/мл у 69% пациентов. Сочетанное лечение в основной группе привело к быстрой нормализации клеточного состава желчи. Так, на 3 сутки количество лейкоцитов и эпителиальных клеток не превышало 20 и 10 в поле зрения соответственно (30 и 20 в сравниваемой группе). В основной группе больных количество лейкоцитов крови снижалось быстрее и приходило к уровню нормальной величины. Фагоцитарная активность нейтрофилов (ФА) перед началом лечения составила $54 \pm 5\%$ в, а на 8 сутки после лечения - $62,3 \pm 3\%$. Абсолютное количество лимфоцитов (АКЛ) на 5 сутки после начала лечения повышалось до $1,7 \pm 0,2$ тыс. в мм^2 , при исходной величине $1,2 \pm 0,15$ тыс. в мм^2 . В сравниваемой группе (табл.3) все показатели нормализовались позднее ($p=0,004$) и в связи с этим радикальная операция производилась позже ($p=0,001$), а частота послеоперационных осложнений была почти в 2 раза выше, чем в основной группе, и составила, соответственно, 24,7% и 13,5%.

В 8 случаях первой основной группы больных с деструктивным панкреатитом нам удалось ликвидировать абсцессы сальниковой сумки и предотвратить дальнейшее развитие гнойно-септических осложнений. В 2 случаях пришлось прибегнуть к конверсии, широкому вскрытию и дренированию гнойных

образований из-за распространения процесса на забрюшинную клетчатку без четкого его отграничения.

Табл. 3

Основные результаты лечения больных гнойным холангитом.

Группы	Средние сроки нормализации лабораторных показателей (сутки) p=0,004	Средние сроки стационарного лечения (сутки) p=0,001	Частота послеоперационных осложнений		Частота послеоперационной летальности	
			абс.	%	абс.	%
основная группа(n=22)	6±3,5	23±5,8	3	13,5	1	4,5
группа сравнения(n=24)	10±5,1	29±6,1	6	24,7	2	8,3

При сравнении больных, оперированных из широких доступов, следует отметить, что фотодинамическое воздействие в сочетании с лазерной активацией одного антибиотика оказалось эффективнее по сравнению с полиантибиотикотерапией пациентов группы сравнения. Это подтверждается более ранним снижением температуры тела, прекращением гнойного отделяемого, сокращением гнойной полости по данным ультразвукового исследования, нормализацией лабораторных показателей и сокращением сроков госпитализации (табл. 4).

Табл. 4

Сравнительные показатели лечения больных с острым деструктивным панкреатитом.

Группы	Средние сроки нормализации лабораторных показателей (сутки)	Средние сроки стационарного лечения (сутки)	Частота послеоперационной летальности абс.(%)
Первая основная группа (n=10)	9±2,1	19±2	-
Вторая основная группа (n=16)	17±5,8* (p=0,004)	31±1,2* (p=0,002)	4(25%)
Группа сравнения (n=18)	21±1,3	36±1,4	7(39%)

Примечание: * - достоверность различий показателей второй основной группы с группой сравнения.

Как известно, причинами неэффективной антибиотикотерапии являются дефицит транспортных белков, нарушение регионарного кровотока в очаге инфекции и формирование микротромбов, что ведет к недостаточной биодоступности препаратов в очаге инфекции. Проводя исследования крови у всех 164 пациентов, нами выявлено снижение показателей красной крови после начала лазеротерапии, что вероятнее всего связано с максимальной

физиологической активностью эритроцитов и компенсаторной реакцией организма, направленной на предотвращение избыточной оксигенации. К 3-4 суткам лечения отмечено повышение интенсивности фагоцитарной активности полинуклеаров и усиление поглотительной функции фагов, сохраняющиеся на протяжении всего лечения. В сыворотке крови увеличивалось количество альбуминов, и повышалась их сорбционная способность, что и привело к улучшению транспорта антибиотиков. Максимально возможные при помощи лазера изменения потенциальной энергии лекарственных препаратов достигаются при минимально возможных концентрациях растворов, подлежащих активации. В результате лазерного облучения происходит облегчение перехода потенциальной энергии антибиотика в кинетическую энергию организма, что ведет к усилению действия препарата [7]. Каких либо изменений в структуре антибиотиков после фотодинамического воздействия мы не выявили.

При подсчете количества использованных антибиотиков во всех основных группах больных нами получено снижение курсовой дозы в среднем в 1,4 раза, что мы связываем с АФДТ в сочетании с лазероантибиотикотерапией, приводящей к повышению общей резистентности организма и оптимизации дозы антибиотиков (рис.1).



Рис. 1. Механизмы лазероантибиотикотерапии.

Выводы.

1. Примененная методика антимикробного фотодинамического воздействия и лазерной активации антибиотиков у больных с инфицированными эхинококковыми, непаразитарными кистами и гнойными альвеококковыми

полостями распада печени привела к снижению повторного инфицирования остаточных полостей с 12,8% до 2,9%.

2. АФДТ в комплексном лечении больных гнойным холангитом позволила сократить сроки подготовки больных к проведению радикальной операции, избежать билиарного сепсиса и уменьшить послеоперационные осложнения с 24,7% до 13,5% за счет эффективной элиминации микрофлоры из желчи.
3. У пациентов второй основной группы с гнойными осложнениями деструктивного панкреатита достоверно сократились сроки нормализации лабораторных показателей и лечения в стационаре.
4. Путем сочетанной АФДТ и лазероактивирующего воздействия на организм достигнута эффективная минимизация курсовой дозы антибиотиков в 1,4 раза.

Литература.

1. Абдеев Р.Р. Комплексное лечение гнойного холангита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2003.– 26с.
2. Ахаладзе Г.Г., Церетели И.Ю. Абсцессы печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006.- Т. 11, № 1. - С. 97 – 105.
3. Васильев Н.Е., Огиренко А.П. Антимикробная фотодинамическая терапия // *Лазерная медицина*. – 2002. – Т.6, № 1.- С. 32-38.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных
5. путей. М.: Видар, 2006.-559с.
6. Гейниц А.В. Фотодинамическая терапия. История создания метода и ее
7. механизмы // *Лазерная медицина*. – 2008. – Т.11, № 3.- С. 42-46.
8. 6. Гейниц А.В., Москвин С.В., Азизов Г.А., Внутривенное лазерное
9. облучение крови. – М.- Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2006. – 144с.
10. Герцен А.В., Васина Т.А., Белопольский А.А. Лазероантибиотикотерапия. – Москва. – 2002.- 231 с.
11. Нартайлаков М.А. Хирургия печени и желчных путей. – Уфа, 2005.-206 с.
12. Нартайлаков М.А., Плечев В.В., Мушарапов Д.Р., Лукманова Г.И. Эхинококкоз печени. – Уфа, 2006.-104 с.
13. Паскарь С.В., Верзин С.А., Ивлев В.В. Возможности пункционно-дренажных вмешательств в лечении местных гнойных осложнений деструктивного панкреатита // *Вестник Санкт - Петербургского университета*. - 2009. – Сер.11, № 3. - С. 143-150.
14. Хасанов А.Г., Матигуллин Р.М., Суфияров И.Ф., Нигматзянов С.С. Профилактика и лечение забрюшинной флегмоны при травме двенадцатиперстной кишки и деструктивном панкреатите // *Медицинский Вестник Башкортостана*. – 2010. - № 6 (приложение). – С. 95-98.
15. Aribas O.K., Kanat F., Gormus N., Turk E. Pleural complications of hydatid disease // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* - 2002. - Vol. 123, N. 3. - P. 492-497.
16. Casaravilla C., Malgor R., Carmona C. Characterization of carbohydrates of adult *Echinococcus granulosus* by lectin-binding analysis // *J. Parasitol.* - 2003. - Vol. 89, N. 1. - P. 57-61.
17. Manterola C., Barroso M., Vial M. et al. Liver abscess of hydatid origin: Clinical features and results of aggressive treatment // *ANZ. J. Surg.* - 2003. - Vol. 73, N. 4. - P. 220-224.
18. Rau B., Bothe A., Beger H.G. Surgical treatment of necrotizing pancreatitis by necrosectomy and closed lavage: changing patients characteristics and outcome in a 19-year single center series // *Surg.* - 2005. - Vol. 138. P. 28 – 39.

Наш опыт лечения гнойных перитонитов. Показания к санационным релапаротомиям.

Дорофеев В.Д., Гараев М.Р., Заварухин В.А., Ахметшин И.Р., Бурханов А.К., Нартайлаков М.А. Республиканская клиническая больница им.Г.Г.Куватова, г.Уфа.

Актуальность. Проблема эффективного лечения распространённого перитонита остается актуальной и в начале XXI века и можно сказать, что не решена. Летальность при этой патологии, несмотря на старания хирургов, остаётся высокой (до 60%), а при госпитальном (третичном) перитоните может достигать 70% (таблица 1)

Табл.1.

Результаты лечения распространённого перитонита по данным литературы в разные года.

Авторы	Год	Летальность (%)
И.И.Греков	1912	31,3-47,7
В.С.Савельев	1970	10-35
К.С.Симонян	1971	18,8-49
М.И.Кузин	1973	17-58
В.Д.Фёдоров	1974	19,3
В.А.Попов	1985	32,4
Linder M.M.	1987	24
Wittmann D.H.	1991	20-25
В.К.Гостищев	1992	14,6-36
Н.П.Макарова	2000	50-70
Б.С. Брискин	2003	26,6
В.Н.Чернов	2004	15,8

Как видно из таблицы разброс данных очень велик, но еще И. Греков говорил, что «исправить» угнетающую статистику исходов гнойного перитонита довольно просто: надо лишь «разбавить» случаи «истинного» гнойного перитонита теми его формами, для излечения которых достаточно и одной своевременно выполненной операции. Таким образом, проблема лечения гнойного перитонита сохраняет свою актуальность.

Цель исследования: Обобщить опыт лечения перитонитов в РПСЦ РКБ им. Г. Г, Куватова, определить показания к санационным релапаротомиям.

Материалы и методы.

Нами проанализированы результаты лечения 427 пациентов с различными формами перитонита, которые проходили лечение в отделении гнойной хирургии РКБ им. Г.Г. Куватова за последние 5 лет за период с 2006 по 2010 г.г. (таблица 2).

Причины перитонитов и летальность.

Причины перитонитов	2006		2007		2008		2009		2010		итого	летальность	
	абс	%	абс	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Аппендицит	11	11,3	9	12,3	10	13,7	11	11,1	14	10,9	55	3	5.45
Острая кишечная непроходимость	6	6,2	5	6,8	1	1,4	4	4,0	9	7	25	4	16
Язвенная болезнь ж./12 п. к.	11	11,3	4	5,5	4	5,5	5	5,0	11	8,6	35	12	34.3
Травма органов брюшной полости	8	8,2	6	8,2	7	9,6	8	8,0	6	4,7	35	9	25.7
Абсцесс печени	5	5,2	10	13,69	8	10,9	8	8,0	15	11,7	46	0	-
Воспалительные заболевания к-ка	6	6,2	9	12,3	7	9,6	20	20,2	7	5,5	49	11	22.44
Онкозаболевания органов брюшной полости	19	19,6	8	10,95	11	15,1	12	12,1	13	10,2	63	21	33.33
Оментит	1	1,03	-	-	-	-	1	1,0	1	0,8	3	0	-
Химический ожог пищевода	1	1,03	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	100
Холецистит	2		1	1,4	-	-	-	-	-	-	3	0	-
Мезентериальный тромбоз	3	3,09	1	1,4	1	1,4	5	5,0	2	1	11	8	72.7
Паразитарные кисты брюшной полости	2	2,07	-	-	-	-	-	-	2	1	4	2	50
Абсцессы брюшной полости	14	14,4	10	13,69	7	9,6	12	12,1	18	14,1	61	0	-
Гинекологические заболевания	7	7,2	2	2,7	2	2,7	-	-	2	1	13	0	-
Свищи ЖКТ	-	-	6	8,2	-	-	-	-	10	7,8	16	7	43.8
Цирроз печени	-	-	1	1,4	-	-	1	1,0			2	0	-
Туберкулез кишечника	-	-	1	1,4	1	1,4	-	-	3	2,3	5	2	40
Забрюшинные гнойники	-	-	-	-	8	10,9	5	5,0	8	6,25	21	0	-
Прорыв кисты поджелудочной железы	-	-	-	-	1	1,4	-	-	-	-	1	1	100
Ущемленная грыжа	-	-	-	-	3	4,1	1	1,0	3	2,3	7	0	-
Воспалительные заболевания желчевыводящих путей	-	-	-	-	-	-	2	2,0	4	3,1	6	1	16.7
Летальность	20	20.6	17	23.3	9	12.3	13	13.1	24	18.8			
Всего в году:	97	100	73	100	73	100	99	100	128	100	427	80	18.74

Основную массу составили больные, доставленные из ЦРБ, имевшие в анамнезе одно или два оперативных вмешательства на органах брюшной полости и относящиеся по классификации Nathens A. B. с соавт. к вторичному и третичному перитонитам, являющихся основной клинической проблемой. При этом летальность колебалась от 12.3 до 23.3 %. Как известно вторичный перитонит наиболее распространенная форма перитонита, она составила до 80 % перитонитов из числа наших наблюдений.

Под понятием же третичного перитонита определяются те формы гнойного перитонита, которые протекают без выраженных клинических проявлений на фоне продолжающегося лечения вторичного перитонита и являющегося «следствием продолжающегося инфекционного процесса в брюшной полости, несмотря на адекватно произведенную первичную операцию». Или как было принято на согласительной конференции 2005 года: третичный перитонит – это «персистирующая внутрибрюшная инфекция, развивающаяся после операции по поводу вторичного перитонита с участием нозокомиальной микрофлоры». Процент пациентов с данной формой заболевания составил около 20 %.

Одним из главных условий успешного лечения больных распространенным гнойным перитонитом является, как известно деконтаминация брюшной полости, достигаемая комплексом лечебных мероприятий. Ведущую роль при этом играет этап оперативного вмешательства, во время которого устраняется источник перитонита и saniруется брюшная полость. Однако, даже самая тщательная санация при однократном применении зачастую не приводит к излечению. При перитоните в послеоперационном периоде продуцируется токсичный экссудат, содержащий бактерии и тканевой детрит, который поддерживает воспаление. Устанавливаемые трубчатые дренажи быстро отграничиваются фибрином и становятся неэффективными, что определило признание открытого метода лечения перитонита - программированных санационных релапаротомий.

Основными нозологическими единицами, осложняющимися перитонитом в наших наблюдениях явились: осложненный острый аппендицит, травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства, осложненные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненные формы воспалительных аутоиммунных заболеваний кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона), острая кишечная непроходимость, гинекологическая патология (гнойное воспаление придатков), инфаркт кишечника, а также ранние и поздние осложнения после плановых и экстренных оперативных вмешательств на органах

брюшной полости. Также в анализ вошли больные с перитонитом, которым позднее при гистологическом исследовании был выставлен диагноз онкологического заболевания.

Переход к программным санационным релапаротомиям должен быть хорошо аргументирован.

Впервые вопрос о выборе способа ведения пациента возникает интраоперационно. Основными критериями выбора служат: первичный очаг заболевания причина перитонита, характер экссудата (в том числе бактериологические данные, бактериальная контаминация), время развития перитонита, степень нарушения функции кишечника и основных систем органов.

При показателях суммарной контаминации брюшной полости выше 10^5 КОЕ/г, а также развитии анаэробного неклостридиального перитонита, купировать гнойный процесс однократным вмешательством не удалось ни в одном случае. У всех пациентов кратность санаций составила от 1 до 12, среднем 3-4 раза.

При этом пациенты данной группы характеризовались следующим анамнезом:

- быстрое поступление в брюшную полость большого количества содержимого дистальных отделов кишечника;
- большие сроки перфорации любого отдела желудочно-кишечного тракта, при которых развивается парез кишечника и избыточная контаминация его содержимым, изливающегося в брюшную полость.

Фактор времени также имел большое значение в нарастании контаминации брюшной полости и воспаления при нетравматических перфорациях ободочной кишки, несостоятельности швов полого органа и травме с повреждением подвздошной кишки. При этих состояниях высокий уровень контаминации обеспечивался продолжительностью инфицирования брюшной полости и парезом кишечника. Вероятность развития анаэробной формы перитонита в таких случаях была высока уже в период от 6 до 12 часов. С увеличением сроков заболевания более 12 часов в группу риска входили также пациенты с деструктивным аппендицитом, повреждениями желудка и начальных отделов тонкой кишки.

У всех пациентов данной группы перечисленные причины приводили к тяжелым формам гнойного перитонита, требовавшим повторных saniрующих операций.

В то же время даже при больших сроках перитонита, необходимость в санационных релапаротомиях довольно редко возникала у пациентов с

деструктивным аппендицитом без перфорации, кишечной непроходимостью без нарушения целостности стенки кишки, панкреонекрозе и травмах с повреждением паренхиматозного органа.

Так же практически не приходилось прибегать к релапаротомиям при деструктивном холецистите и гнойных заболеваниях придатков матки. Необходимость в повторных операциях у пациентов с этими заболеваниями по результатам анализа определялась не причиной перитонита и его сроками, а другими обстоятельствами - характером экссудата и невозможностью радикального устранения источника инфицирования.

Характер и количество экссудата в брюшной полости определяются причиной перитонита, его продолжительностью, количественным и качественным составом микрофлоры брюшной полости. При наличии выпота, характерного для анаэробного перитонита, независимо от его количества, больному показаны программные санационные релапаротомии. Это заключение вытекает из нашего опыта: из 32 пациентов со злобным выпотом в брюшной полости ни у одного при повторной операции не было обнаружено купирование гнойного процесса.

Также релапаротомия показана при гнойном выпоте и примеси содержимого подвздошной и ободочной кишок, превышающих 500 мл. Такое количество экссудата свидетельствует, как правило, о тяжести воспалительного процесса и массивности контаминации брюшной полости. При меньшем количестве экссудата - от 200 до 500 мл - необходимость в релапаротомии возникла у 33 из 45 пациентов, при этом значение имело сочетание этого показателя с другими, в том числе и уровнем токсемии.

Наиболее информативными симптомами, коррелирующими с характером экссудата, были среднее артериальное давление, показатель шкалы комы Глазго и частота дыхательных движений, что помогает легче сориентироваться в оценке характера воспаления в брюшной полости. Основную часть летальных исходов наблюдали при гнойном экссудате.

Нарушения моторной функции кишечника значительно определяют тяжесть гнойного процесса при перитоните. При этом имеют значение следующие обстоятельства:

- 1) избыточная контаминация кишечного содержимого и поступление его в брюшную полость при повреждении;

2) нарушение барьерной функции стенки кишки и транслокация микрофлоры в брюшную полость при отсутствии видимого повреждения.

Эти признаки в определении показаний к санационным релапаротомиям всегда имели значение в сочетании с другими - причиной перитонита, его продолжительностью, характером экссудата.

Прогностическая оценка тяжести состояния пациентов с перитонитом при помощи шкал APACHE II и МПИ также является обоснованной и рекомендована в ходе работы Пленума проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Гнойная хирургия» (Ростов-на-Дону, 1999 год) [И.А.Ерьюхин, 2000]. При балле APACHE II >20 летальность составляла более двух третей (при APACHE II >30 - 100%).

Для определения тактики лечения также используется концепция абдоминального сепсиса, в соответствии с которой наличие двух и более признаков SIRS, который при наличии доказанного очага инфекции определяется как сепсис (абдоминальный сепсис). Применение тотальной интестинальной декомпрессии при традиционном хирургическом лечении гнойного перитонита позволило снизить летальность на 7-10%. Применение этого метода при других видах экссудата брюшной полости целесообразно для профилактики несостоятельности межкишечного анастомоза.

Для более чёткого прогноза характера развития воспаления должна иметь значение устойчивость негативных симптомов и эффективность лечения в первые-третьи сутки после операции.

При (третичном) перитоните отмечена 57%-ная летальность. Важными факторами, обуславливающим высокую летальность являются стертость клинической симптоматики, глубокое угнетение иммунных и обменных процессов. Наибольшие диагностические трудности возникали на 3-4 сутки после первой операции, когда при благоприятном течении перитонита закономерно ожидается эффект предыдущих лечебных процедур. Лечение 100% пациентов этой группы после повторных операций с выставлением данного диагноза проводилось полукрытым способом – программными санационными релапаротомиями. При наличии дисфункции двух и более систем органов также наиболее эффективен метод программированных релапаротомий.

В последние года в лечение гнойного перитонита так же введены такие методы как лапаростомия, декомпрессия желудочно-кишечного тракта, перитонеально-энтеральный лаваж, раннее зондовое кормление специальным питанием, которые направлены на устранение самых существенных

патофизиологических звеньев гнойного перитонита и позволяют улучшить результаты лечения.

Таким образом, выбор программированных релапаротомий обоснован при:

1. при гнойном распространенном перитоните (бактериальная контаминация выше 10^5 КОЕ/г.);
2. при наличии в брюшной полости более 500 мл гнойного выпота;
3. при признаках анаэробного перитонита в независимости от количества экссудата (резкий неприятный «колибациллярный», «ихорозный» запах перитонеального экссудата; экссудат грязно-зеленого или бурого цвета, массивные наложения фибрина на брюшине, которые могут быть плотно фиксированы к мезотелию или образовывать скопление желеобразных масс);
4. при больших сроках развития (прогрессирования) перитонита;
5. при формирующихся абсцессах брюшной полости; при наличии плотных фибриновых наложений;
6. при тяжелом послеоперационном перитоните (более 20 баллов по Мангеймскому перитонеальному индексу и тяжести состояния больного более 12 баллов по шкале APACHE II);

У пациентов, лечение которых проводилось методом программных релапаротомий, которые выполнялись через 24-48 часов после предыдущей операции, летальность составила (22,9%), что ниже литературных данных летальности в данной группе больных. Результаты нашего опыта позволяют с большей точностью ставить показания к повторным вмешательствам и выполнять их своевременно, снизить частоту ошибок в лечении и летальность.

Выводы:

1. Программные релапаротомии – метод выбора лечения при распространенном гнойном перитоните и при третичном перитоните.
2. Применение четких показаний к программированным санационным релапаротомиям позволяет снизить частоту ошибок в выборе хирургической тактики и летальность.

Литература.

1. Шуркалин Б. К., Фаллер Ф. П./ Анаэробный неклостридиальный перитонит. М., 2008.
2. Гостищев В. К./ Гнойный перитонит. М. 1992.
3. Marshall J.C., Chnston N.V. , Meakins J.L. The gastrointestinal tract: the "undrained abscess" of multiple organ failure//Ann. Surg. -1993. -V. 218. -N2. -P. 111-119.
4. Ерохин И. А. / Хирургия гнойного перитонита. М. 2008.

**Опыт паховой герниопластики клиники госпитальной хирургии
Башгосмедуниверситета.**

Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р., Феоктистов Д.В. Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Число больных паховыми грыжами составляет 4% населения. Частота же паховых среди всех грыж передней брюшной стенки - 50,7-74 %. Рецидив косых паховых грыж остается на уровне 5,1 - 21%. Рецидив прямых паховых грыж - 11-37% [4]. В герниологии к настоящему времени сложилось понятие сложных форм паховых грыж. К ним относят: прямые больших размеров, скользящие, большие косые с выпрямленным ходом, рецидивные и многократно-рецидивирующие. Рецидив сложных форм паховых грыж достигает 13 – 42,5% [1].

Материалы и методы.

Клиника госпитальной хирургии систематически занимается проблемой хирургического лечения паховых грыж и, в частности, их сложных форм на протяжении вот уже более 50 лет. В настоящее время выработан четкий подход к выбору способа паховой герниопластики, обеспечивающий стабильные удовлетворительные результаты. В основу его положен реконструктивный метод с восстановлением клапанного запирающего биомеханизма пахового канала, основанный на фундаментальных работах Н.И.Кукуджанова (1969) [3], И.Л.Иоффе (1968) [2], творчески развитый доцентом кафедры Г.П.Корнилаевым. Суть его составляет восстановление каркасности поперечной фасции задней стенки и ее связочного аппарата с последующим низведением мышц для восстановления их запирающей функции. Этапами операции после выполнения традиционного грыжесечения и обработки культи грыжевого мешка являются: восстановление или формирование глубокого отверстия пахового канала путем наложения двойного полукисетного шва, охватывающего основание семенного канатика (рис.1).

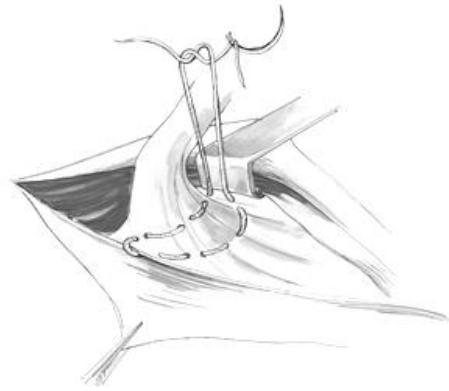


Рис.1 Укрепление глубокого пахового кольца.

При возникновении эффекта «парусящей» задней стенки на нее накладывается два-три П-образных шва (рис.2) с захватом *tractus ileopubicus*.

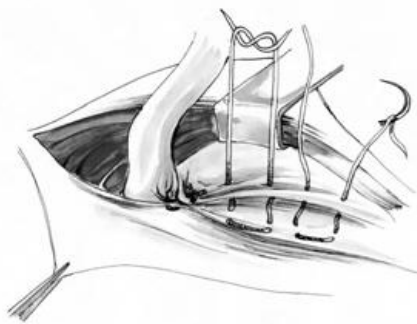


Рис.2 Укрепление растянутой поперечной фасции.

В случае прямой паховой грыжи при куполообразной форме грыжевого выпячивания выделения мешка не проводится, а выполняется погружение его кисетным швом, при этом достигается восстановление каркасности поперечной фасции (рис.3,4).

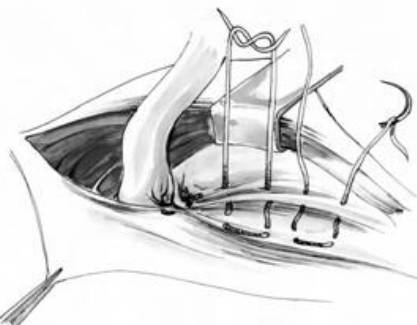


Рис.3 Наложение кисетного шва на поперечную фасцию.

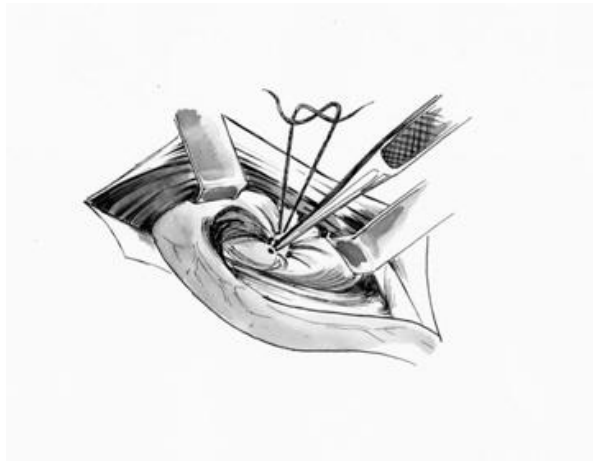


Рис.4 Погружение выпячивания за поперечную фасцию.

Глубокая косая и поперечная мышцы за объединенное сухожилие двумя-тремя швами низводится к надкостнице лонной кости (куперовой связке), при этом паховый промежуток принимает щелевидную форму (рис. 5,6) и восстанавливается мышечный клапан, работу которого можно проконтролировать визуально, предлагая больному натужиться.

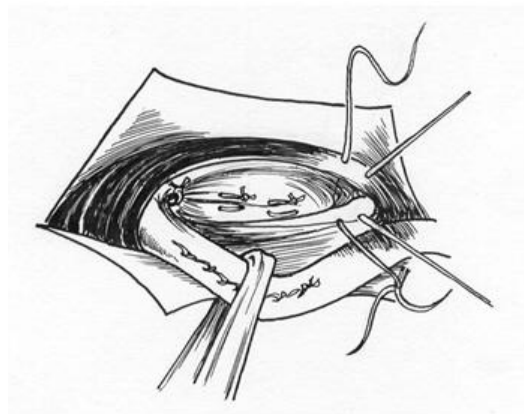


Рис.5 Наложение швов на объединенный сухожильный апоневроз.

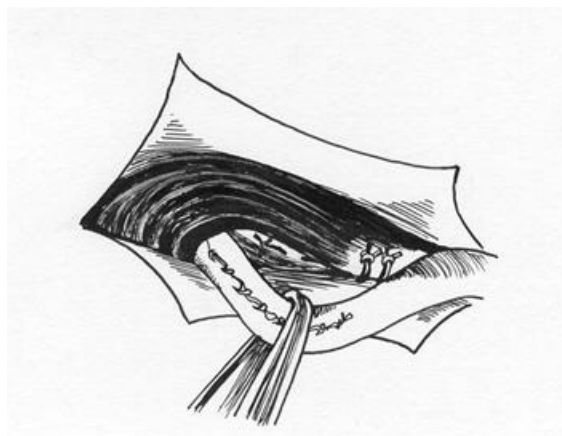


Рис.6 Низведение мышц к куперовой связке.

При значительных разрушениях структуры пахового канала, что наиболее часто встречается при сложных формах грыж, применяется трансплантационная паховая герниопластика с использованием сетчатого капронового протеза, обработкой по технологии «Абактолат» которому придается пролонгированный антибактериальный эффект. В клинике разработан способ фиксации данного импланта (рис. 7,8,9), позволяющего формировать прочный медиальный край глубокого пахового кольца (Патент РФ №2213528 от 10.10.2003).

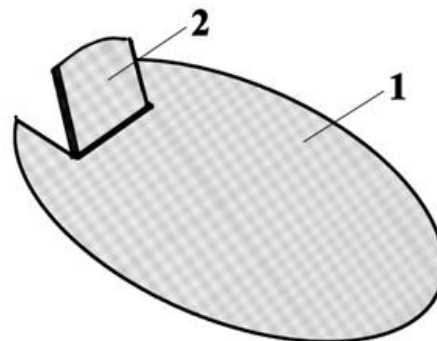


Рис.7. Схема трансплантата (1 – сетчатый протез, 2 – выкроенный лепесток).

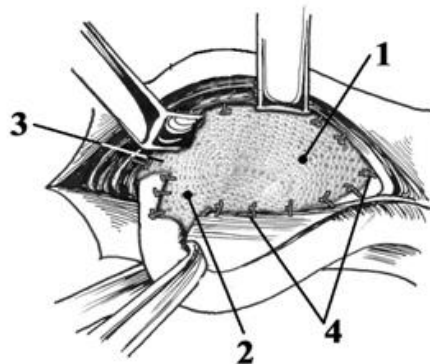


Рис.8 Схема размещения трансплантата в паховом канале (1 – трансплантат, 2 – лепесток, 3 – ножки протеза, охватывающие семенной канатик, 4 – фиксирующие швы).

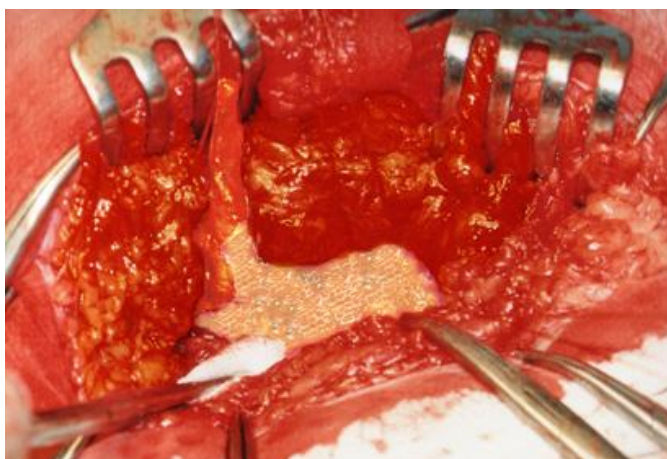


Рис.9 Вид фиксированного в ране протеза.

В основу применения сетчатого трансплантата положены исследования состояния микроциркуляции апоневротических структур брюшной стенки в зависимости от натяжения тканей. Тензометрическая интраоперационная оценка позволят сочетать принцип «ненатяжной» пластики и индивидуального подхода к выбору способа хирургического лечения (рис. 10). В материалы включены 2495 больных паховыми грыжами, оперированных в клинике за период 2000-2009 гг.



Рис.10 Алгоритм выбора метода паховой герниопластики под тензометрическим контролем.

Результаты исследования. За период 2000-2009 гг. в клинике реконструктивным методом оперировано 2316 больных паховыми грыжами. Из них с простыми формами - 1701 (73,5%), со сложными – 615 (26,5%). Рецидив грыж по всей группе в сроки наблюдения от 1 года и до 10 лет (2223 человек или

96%) обнаружен у 24 пациентов (1,1%). Среди больных с простыми формами – у 8 (0,5%), со сложными – у 16 (2,6%).

С применением трансплантационной паховой герниопластики в те же годы оперировано 279 больных сложными формами паховых грыж (12,1% всех больных или 45,4% сложных форм). Из них рецидивные грыжи имели 168 больных (60,2% от 279 или 86,2% от всех 195 рецидивных грыж, оперированных в клинике в 2000-2009 гг.). Рецидив грыж в сроки наблюдения от 1 года и до 10 лет обнаружен у 3 пациентов (1,1%)

Изменение уровня рецидива паховых грыж в клинике за длительный (1954 – 2009 гг.) период представлено на рис. 11.



Рис.11 Уровень рецидива паховых грыж по данным клиники госпитальной хирургии БГМУ за период 1954-2009 гг.

Выводы. Таким образом, индивидуальный подход к выбору способа паховой герниопластики, включающего реконструкцию пахового канала с учетом запирающего клапанного биомеханизма и применение принципа «ненатяжной» пластики с использованием сетчатых имплантов, обеспечивают даже при сложных формах паховых грыж надежную хирургическую реабилитацию наших пациентов.

Литература.

1. Адамян, А.А. Пластика обширных дефектов брюшной стенки биосинтетическими протезами / А.А. Адамян, С.Д. Андреев // Хирургия.- 1993. - №9. – С. 30-35.
2. Иоффе, И.Л. Оперативное лечение паховых грыж / И.Л.Иоффе. – М., Медицина, 1968. – 236 с.
3. Кукуджанов, Н.И. Паховые грыжи / Н.И.Кукуджанов. – М., Медицина, 1969. – 440 с.
4. Федоров, В.Д. Эволюция лечения паховых грыж / В.Д. Федоров, А.А. Адамян, Г.Ш. Гогия // Хирургия. – 2000. - №3. – С.51.

Остеомиелит после использования металлоконструкций у больных с переломами костей (послеоперационный остеомиелит).

Крючков Р.А., Хунафин С.Н., Кунафин М.С., Загретдинов А.Ш., Холкин С.А.

Кафедра скорой помощи и медицины катастроф с курсом термической травмы

ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

В последние годы широко внедряется в практику остеосинтез с применением металлоконструкций при лечении изолированных закрытых переломов длинных костей [15], и при политравме [1]. Совершенствование, разработка и внедрение новых материалов, менее травматичных технологий, тем не менее, не привело к снижению количества послеоперационных осложнений в целом. В связи с расширением показаний к остеосинтезу с применением металлоконструкций при оперативном лечении закрытых переломов увеличивается число гнойных осложнений [2, 4, 13 16]. Частота возникновения послеоперационного остеомиелита, по данным различных авторов, колеблется от 0,4 до 22,4% [5, 8, 6, 9, 11, 14]. На протяжении многих лет для диагностики послеоперационного остеомиелита используется рентгенологический метод. Однако, большинство исследований показывают что клиничко-рентгенологические признаки остеомиелитического процесса различной этиологии нивелируются на поздних стадия развития заболевания [3, 7, 10, 12].

Анализируя многочисленные работы, посвященные диагностике послеоперационного остеомиелита, остается еще много не решенных вопросов.

Цель исследования.

С целью определения частоты возникновения, группы риска, возбудителей послеоперационного остеомиелита, нами проведен ретроспективный анализ историй болезни, больных после металлостеосинтеза. Для прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита исследовали лабораторные показатели (уровень прокальцитонина, С-реактивного белка, лейкоцитарный индекс интоксикации).

Материалы и методы.

Нами анализированы результаты лечения 102 больных, перенесших остеосинтез с применением металлических конструкций, находившихся на лечение в нашей клинике за 2006-2009гг.

Мы исследовали лабораторные показатели (уровень прокальцитонина, С-реактивного белка, лейкоцитарный индекс интоксикации) у 25 больных

перенесших открытую репозицию с использованием металлоконструкций. Забор анализов проводился на 30-40 сутки с момента оперативного лечения.

Для полуколичественного определения уровня прокальцитонина в плазме использовался иммунохроматографический прокальцитонин экспресс тест. Иммуноферментным анализом определялось количественное содержание С-реактивного белка в плазме. Высчитывался лейкоцитарный индекс интоксикации по методике Я.Я. Кальф-Калифа.

Результаты и обсуждение.

Больных оперированных в отделении травматологии ГKB №18 было 80 (78,43%), в других больницах – 13 (12,75%), в ГKB №21 – 4 (3,92%), городской госпиталь ветеранов войн – 3(2,94%), ГKB №22 – 1(0,98%), ГKB №13 – 1(0,98%). В отделении травматологии МУ ГKB №18 за анализируемый период выполнено 2497 остеосинтезов с применением металлоконструкций, из них у 80 (3,2%) развился послеоперационный остеомиелит.

Мужчин было 75 (73,5%), женщин - 27 (26,5%). Работающих было 57 (55,9%), неработающих – 45 (44,1%). По возрасту от 15 до 30 лет – 17 (16,7%), 30-45 лет – 21 (20,6%), 45-60 лет – 43 (42,1%), 60 лет и выше – 21 (20,6%).

Остеосинтез выполнен на плечевой кости в 14 (13,8%) случаев; на костях предплечья - 3 (2,9%); ключице - 10 (9,8%); костях таза - 3 (2,9%); бедренной кости - 5 (4,9%); голени - 35 (34,3%); надколеннике - 5 (4,9%); пяточной кости - 9 (8,9%); костях пальцев - 2 (1,9%).

Накостный остеосинтез проведен у 75 (73,6%) больных; наложены спицы 18 (17,7%) больным; интрамедуллярный остеосинтез – 8 (7,8%) и протезирование тазобедренного сустава выполнено 1 (0,9%) больному.

Больные поступали после оперативного лечения в травматологическом отделении в течение 2мес. – 22 больных, с 2 до 6мес. 32, с 6мес. до 1 года – 29 и после года – 19 больных.

При исследовании раневого отделяемого выявлено - *Staphylococcus aureus* – 61,8%; *Staphylococcus epidermidis* – 6,9%; *Enterobacter faecalis* – 3,9%; *Corynebacter xerosis* – 7,8%, микробные ассоциации – 19,6%.

Оперирован 81 больной с послеоперационным остеомиелитом: удаление металлоконструкции выполнено 60 (58,8%) больным; секвестрнекрэктомия - 11 (10,8%); вскрытие абсцессов и флегмон - 10 (9,8%). Консервативная терапия проводилась 21 (20,6%) больному.

У каждого второго оперированного послеоперационного рана зажила первичным натяжением. Все больные выписаны с благоприятным исходом, летальных случаев не было. Больные у которых проводилось исследование лабораторных показателей, наблюдались не менее 3 месяцев после оперативного лечения.

Мужчин было 16 (64%), женщин 9 (36%). Возрастные группы: 20-30 лет – 2 (8%), 31-40 лет – 3 (12%), 41-50 лет – 5 (20%), 51-60 лет – 10 (40%), старше 60 лет – 5 (20%).

По локализации проведенного металлостеосинтеза: верхняя конечность (предплечье, плечо, ключица) – 10 (40%), нижняя конечность (голень, бедро, тазобедренный сустав) – 15 (60%).

Осложнения в раннем послеоперационном периоде были у 5 (20%) больных, в виде нагноения ран.

Выявлены изменения лабораторных показателей у 16 (64%) больных, в остальных случаях показатели были в пределах нормы (табл. 1).

Табл. 1

Исследуемые лабораторные показатели.

Больные	С-реактивный белок (мг/л)	ЛИИ	Прокальцитонин
Т.Э.В.	20	1,33	Отрицательно
М.Ф.Г.	110	1,56	Отрицательно
Б.Г.З.	Отрицательно	2,16	Отрицательно
О.В.Н.	60	0,42	Отрицательно
К.Ш.Н.	40	0,36	Отрицательно
К.В.А.	30	0,66	Отрицательно
Х.Л.Х.	100	0,12	Отрицательно
Л.С.В.	60	0,49	Отрицательно
Т.Г.Ф.	50	0,87	Отрицательно
Ч.В.Л.	110	0,32	Отрицательно
Б.О.А.	60	0,86	Отрицательно
Л.В.И.	90	0,41	Отрицательно
С.В.А.	110	0,86	Отрицательно
А.С.А.	30	0,17	Отрицательно
Х.Ю.П.	40	0,41	Отрицательно
А.П.Б.	30	0,39	Отрицательно

У 2 больных с повышенным уровнем С-реактивного белка и лейкоцитарным индексом интоксикации, в отдаленном периоде после оперативного лечения развилась клиника послеоперационного остеомиелита.

Клинический пример: Больная Т.Э.В., 24 года, поступила в отделение травматологии ГKB №18 15.07.2011 с клиникой перелома левой плечевой кости. 05.08.2011 накостный остеосинтез левой плечевой кости (Рис. 1).



Рис.1 Накостный остеосинтез левой плечевой кости

Послеоперационный период осложнился нагноением раны, переведена в хирургическое отделение, проводилась антибактериальная, обезболивающая терапия, перевязки. Послеоперационная рана очистилась, 25.08.2011 выписана на амбулаторное долечивание. 07.09.2011 поступила в экстренном порядке с клиникой абсцесса послеоперационного рубца – при поступлении произведено вскрытие, санация, дренирование абсцесса под местной анестезией. Проводилась антибактериальная, общеукрепляющая, физиотерапия, перевязки. Рана очистилась, заживает вторичным натяжением, 14.09.2011 выписана. 17.10.2011 поступила в плановом порядке на оперативное лечение – 19.10.2011 удаление металлоконструкции с левой плечевой кости под проводниковой анестезией (Рис. 2,3).

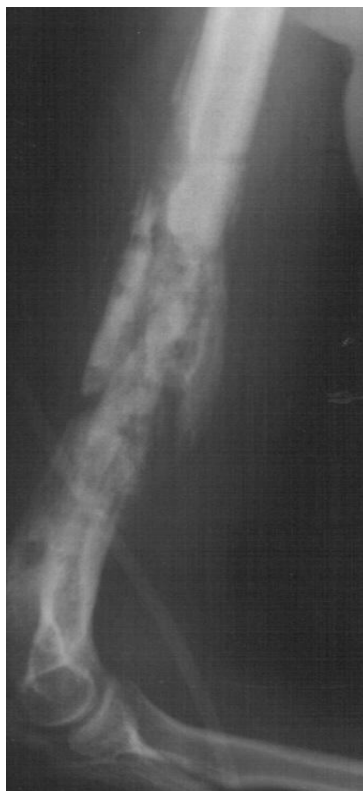


Рис.2 Этап удаления металлоконструкции с левой плечевой кости под проводниковой анестезией.

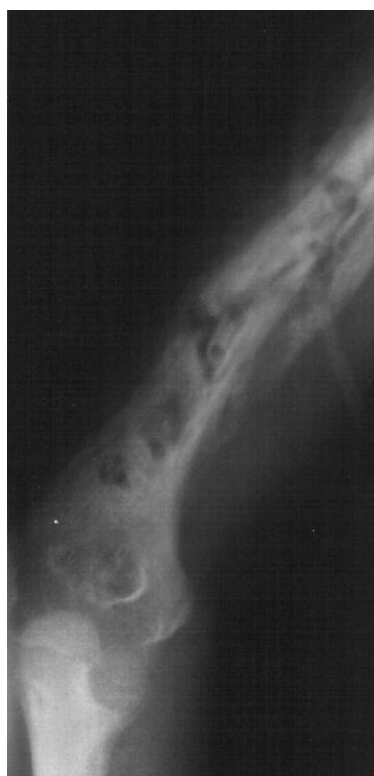


Рис. 3 Удаление металлоконструкции с левой плечевой кости под проводниковой анестезией.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, обезболивающая, общеукрепляющая, физиотерапия, перевязки. Рана зажила первичным натяжением 04.11.2011 выписана.

Выводы.

1. Результаты наших клинических наблюдений свидетельствуют о том, что после остеосинтеза с использованием металлических конструкций при закрытых переломах костей в 3,2% случаях развивается послеоперационный остеомиелит. Чаще всего послеоперационный остеомиелит возникает после накостного остеосинтеза костей голени.

2. Возбудителем в 61,8% случаев является золотистый стафилококк.

3. Уровни С-реактивного белка и ЛИИ повышаются у больных с инфекционными осложнениями, которые могут и не затрагивать костную ткань (лигатурные свищи, воспаление в пределах кожи и подкожно-жировой клетчатки). Является косвенными прогностическими данными развития послеоперационного остеомиелита.

Литература.

1. Айвазян, В.П. Применение закрытого антероградного интрамедуллярного остеосинтеза при диафизарных переломах бедренной и большеберцовой костей / В.П. Айвазян, А.Г. Чарчян, Г.А. Тумян // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1991. - № 10. – С. 44-46.
2. Балакина, В.С. Ошибки лечения и осложнения как причина инвалидности больных с переломами костей / В.С. Балакина // Республиканский сборник научных работ РИТО. – 1976. – Вып. 1. – С. 7-9.
3. Виноградов, В.Г. Резекция кости изнутри в комплексном лечении хронического остеомиелита костей конечностей / В.Г. Виноградов. - Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 2000. – 188 с.
4. Гринев, М.В. Остеомиелит / М.В. Гринев. - Л.: Медицина, 1977. – 152 с.
5. Грязнухин, Э.Г. Гнойные осложнения полифрактур и профилактика остеомиелита / Э.Г. Грязнухин // Хронический остеомиелит: сборник научных трудов. – Л., 1982. – С. 53-59.
6. Данилов, Д.Г. Хронический остеомиелит бедренной кости после интрамедуллярного остеосинтеза. Диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2003. – 20 с.
7. Житницкий, Р.Е. Хронический травматический остеомиелит длинных костей / Р.Е. Житницкий, В.Г. Виноградов, Д.Г. Шапурма. - Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1989. – 108 с.
8. Лезвинский, Я.С. Профилактика и раннее лечение травматического остеомиелита: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Киев, 1989. – 34 с.
9. Никитин, Г.Д. Хирургическое лечение остеомиелита / Г.Д. Никитин, А.В. Рак, С.А. Линник. - СПб.: Русская графика, 2000. – 288 с.
10. Стручков, В.И. Хирургическая инфекция / В.И. Стручков, В.К. Гостищев, Ю.В. Стручков. - М.: Медицина, 1991. – 560 с.
11. Шумада, И.В. Профилактика и лечение травматического остеомиелита / И.В. Шумада // Хирургия. - 1985. – № 11. – С. 87-90.
12. A different perspective for radiological evaluation of experimental osteomyelitis / C.N. Aktekin, A.M. Ozturk, A.Y. Tabak [et al.] // Skeletal Radiology. – 2007. – Vol. 36, N 10. – P. 945-50.
13. Al-Mudhaffar, M. Wound complications following operative fixation of calcaneal fractures / M. Al-Mudhaffar, C.V. Prasad, A. Mofidi // Injury. – 2000. – Vol. 31, N 6. – P. 461-464.
14. Chronic osteomyelitis at the Ouagadougou teaching hospital (Burkina Faso). A retrospective study of 102 cases (1996-2000) / S.I. Nacoulma, D.D. Ouedraogo, E.W. Nacoulma [et al.] // Bulletin de la Societe de Pathologie Exotique. – 2007. – Vol. 100, N 4. – P. 264-8.
15. Stewart, G.J. Treatment of Femoral Fractures by a Fluted Medullary Rod / G.J. Stewart, F.G. Phillips // Injury. – 1986. – N 2. – P. 81-90.
16. Subtalar arthrodesis for complications of intra-articular calcaneal fractures / A.S. Flemister Jr., A.F. Infante, R.W. Sanders, A.K. Walling // Foot Ankle Int. – 2000. – Vol. 21, N 5. – P. 392-399.

Усовершенствованные методы герниопластики по Лихтенштейну.

Тимербулатов В.М., Ямалов Р.А., Фаязов Р.Р., Кунафин М.С., Труханов О.Г.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

В хирургических отделениях герниопластика при паховых грыжах является наиболее часто выполняемой операцией и составляет 10-12% от общего числа хирургических вмешательств [2, 3]. В структуре грыж передней брюшной стенки паховые грыжи занимают первое место, что составляет 75-80% от всех грыженосителей [1,2,5]. Общеизвестно, что грыжеобразование является сложной и многоплановой патологией, обусловленной нарушением равновесия между внутрибрюшным давлением и сопротивляемостью брюшной стенки [3,5]. Многочисленными работами отечественных и зарубежных авторов обосновано ведущее значение слабости задней стенки пахового канала, поперечной фасции наряду с дефектами мышечно-апоневротических структур [1,3,5]. Несмотря на существование многочисленных способов пластики пахового канала и улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж, вероятность рецидива после грыжесечения является все еще актуальной проблемой современной хирургии [5,7]. При сложных формах паховых грыж необходимость укрепления задней стенки признается почти всеми хирургами, но мнения расходятся при выборе способа пластики, который конкретизируется в зависимости от возраста, размеров глубокого пахового кольца, степени изменений поперечной фасции и мышц паховой области [3,5]. Большинство отечественных хирургов придерживаются традиционной для нашей страны классификации паховых грыж с разделением их на косые и прямые, скользящие, которые в свою очередь подразделяются на первичные, рецидивные и рецидивирующие и при различных вариантах грыж выполняют пластику как задней, так и передней стенок [2,3,5]. В последние 10 лет данная методология пересмотрена, патогенетически обоснованной считается укрепление задней стенки пахового канала как при косой, так и при прямой грыжах [1,4,5].

С появлением новых синтетических материалов для имплантации широкое признание получили безнатяжные методики грыжесечения, особенно пластика по Лихтенштейну [5,7]. Но, в период внедрения и освоения данного метода появляются вопросы, связанные с техническим исполнением, осложнениями и рецидивами, что требует анализа и совершенствования метода.

Материал и методы.

В Больнице скорой медицинской помощи г. Уфы, являющейся клинической базой кафедры хирургии ИПО Башкирского государственного медицинского университета, грыжесечение по безнатяжной методике, с использованием полипропиленовой сетки, различных фирм производителей, выполняется с 2001г. Клинический материал составили 1242 больных. По традиционной методике Лихтенштейна выполнено 428 грыжесечений (контрольная группа больных), из них 23 (5,3%) операции выполнено при ущемленных грыжах, 403 (94,7%) операции в плановом порядке. При анализе результатов лечения данной группы больных, были выявлены ряд недостатков данной методики. Это, прежде всего возникновение сером, наличие инфильтратов в области операционных ран. По нашему мнению, развитию этих осложнений во многом способствует ишемия мягких тканей, возникающая при использовании традиционной методики. Кроме того, в случае больших пахово-мошоночных грыж, восстановление наружного пахового кольца сопровождается чрезмерным натяжением тканей, обуславливая в послеоперационном периоде выраженный болевой синдром. Учитывая все эти недостатки, нами модифицирована методика Лихтенштейна. С 2005г. все плановые операции - паховые грыжесечения производятся по безнатяжной методике сеткой-эндопротезом по Лихтенштейну в модификации клиники. Основную группу составили 814 больных, которым выполнены грыжесечения по поводу паховых грыж, из них 46 (5,6%) операции выполнено при ущемленных грыжах, 768 (94,4 %) операции в плановом порядке. Нами используется классификация E.M. Nishus , позволяющая учитывать патогенез и топографо-анатомические характеристики грыж. По данной классификации больные в основной и контрольной группах распределились следующим образом: 1 типа- 11 человек, 2 типа- 62, 3А типа-736, 3В типа-351, 4 типа- 82. Мужчин было 1124 (90,5 %) , женщин 118 (9,5%). Средний возраст больных составил $48 \pm 3,5$ г. Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, по классификации E.M. Nishus. При обследовании больных использовались – клинические, лабораторные, биохимические, инструментальные (ЭКГ, спирография, УЗИ, ЛАКК) и статистические методы. Изучалась микроциркуляция в области пахового канала у 24 пациентов в послеоперационном периоде, с использованием аппарата ЛАКК-02 (лазерный анализатор капиллярного кровотока, производство НПП « ЛАЗМА», Россия) .

Определяли болевой синдром в ранний послеоперационный период по визуально-аналоговой шкале у больных с пластикой наружного пахового кольца.

При анализе мы учитывали существующие недостатки метода Лихтенштейна, в частности причины рецидивов, достигающих по данным некоторых авторов 1-3 %. Мы полагаем, что возникновение инфильтратов и сером, является не столько реакцией на «инородное тело», сколько нарушением микроциркуляции в области операционной раны. Применение ненатяжных способов пластики по классической методике Лихтенштейна позволяет существенно снизить болевой синдром в послеоперационном периоде. Однако, при больших пахово-мошоночных грыжах, когда имеются дегенеративно-дистрофические изменения апоневроза наружной косой мышцы живота, формирование наружного пахового кольца представляет определенные трудности. При наложении узловых швов возникает натяжение тканей в области наружного пахового кольца.

Учитывая перечисленные недостатки, нами внесены усовершенствования в методику ненатяжного способа герниопластики. В модификации клиники операция Лихтенштейна выполнялась следующим образом: производится разрез кожи по традиционному доступу, отступая на 2,0 см от лонного бугорка, длиной от 3 до 4 см в зависимости от конституции пациента. Апоневроз наружной косой мышцы освобождается от жировой клетчатки только по линии рассечения, и нет необходимости его широкого выделения как при создании дубликатуры. По вскрытии апоневроза выделяется паховая связка, край внутренней косой и поперечной мышц на 3 - 4 см, до апоневротической части, край влагалища прямых мышц и лонный бугорок. Выделяется пространство под апоневрозом вверх и латерально, по ходу разреза для последующего размещения сетчатого протеза.

При прямой паховой грыже грыжевой мешок после выделения не вскрывается, а погружается в брюшную полость. Поперечная фасция над ним ушивается одним или двумя швами полипропиленом. При косой грыже вскрывается влагалищная оболочка семенного канатика. Небольшой грыжевой мешок выделяется до шейки, вскрывается, прошивается или перевязывается в области шейки, отсекается. При большой косой и пахово-мошоночной грыжах иногда более целесообразно сначала выделить шейку грыжевого мешка, прошить ее или перевязать, а затем полностью удалить мешок, при скользящей удаляется частично и закрывается кисетным швом по краю скользящего органа. После

удаления мешка влагалищная оболочка семенного канатика не восстанавливается.

После обработки грыжевого мешка семенной канатик обходится диссектором и берется на держалку, семенной канатик острым путем освобождается от связи с подлежащими тканями на всем протяжении раны. При косых паховых грыжах, когда внутреннее паховое кольцо значительно расширено, имеется грыжа с выпрямленным каналом или панталонная грыжа, накладываем несколько узловых швов на поперечную фасцию, формируя тем самым внутреннее паховое кольцо. Это необходимо для меньшего натяжения на швы сетки-эндопротеза в первые сутки после операции и по нашему мнению, является одним из главных факторов, предупреждающих рецидивы грыжи.

Для пластики используется полипропиленовая сетка, которая моделируется по форме и размеру мобилизованной задней стенки пахового канала, по методике Лихтенштейна. Подготовленный протез укладывается на заднюю стенку пахового канала, под семенной канатик и фиксируется непрерывным, обвивным швом полипропиленом вначале к лонному бугорку, без захвата надкостницы, и подвздошно-лонной связке, а далее непрерывным швом к паховой связке латеральнее семенного канатика, далее непрерывным швом от лонного бугорка к прямой мышце и сухожильной части внутренней косой мышцы, медиальнее семенного канатика с интервалом в 0,5см. После проведения семенного канатика в отверстие в сетке, хвосты сшиваются продолжением непрерывных нитей с обеих сторон. Формируется внутреннее кольцо. Важным является фиксация сетки несколькими швами к сформированному внутреннему краю внутреннего пахового кольца, т.е. к поперечной фасции. Фиксация сетки происходит непрерывным обвивным швом на всем протяжении, что в отличие от фиксации узловыми швами не ведет к ишемизации и последующему перерождению тканей. Апоневроз наружной косой мышцы сшивается узловыми полипропиленовыми швами край в край, формируется наружное паховое кольцо.

Клинический анализ показал, что удаление грыжевого мешка на болевой синдром в послеоперационном периоде существенно не влияет, а болевой синдром в послеоперационном периоде обусловлен натяжением тканей в области наружного пахового кольца. При оценке течения раннего послеоперационного периода выявлено, что при расширении наружного пахового кольца более чем на 2,0см и при пластике наружного пахового кольца узловыми швами, появляется натяжение тканей. Чтобы избежать данного осложнения, мы используем

ненатяжную пластику наружного пахового кольца с использованием полипропиленовой сетки. Для этого берется треугольный лоскут сетки и он подшивается к краям апоневроза наружной косой мышцы начиная от его нижней 1/3. Болевой синдром после применения данной методики значительно снижается и уже в 1-е сутки больные не нуждаются в обезболивающей терапии.

Результаты и их обсуждение.

Болевой синдром по визуально-аналоговой шкале в первые сутки составил в контрольной группе 3-4 балла, в основной (у больных с пластикой наружного пахового кольца) 1-2 балла.

Использование непрерывного шва при укреплении сетки позволило значительно уменьшить степень ишемизации тканей пахового промежутка (таблица 1), уменьшить количество случаев возникновения сером и инфильтратов (1,5% контрольной и 0,6% в основной) в послеоперационной ране, и в конечном счете позволило сократить количество рецидивов.

Табл. 1

Состояние микроциркуляции тканей грыжевых ворот при использовании различных форм швов.

N= 24 (число наблюдений)	Исходное состояние микроциркуляции тканей грыжевых ворот (Ед)		Микроциркуляция тканей при фиксации сетки обвивным швом (Ед)		Микроциркуляция тканей при фиксации сетки узловыми швами (Ед)	
	Красный канал	Инфракрасный канал	Красный канал	Инфракрасный канал	Красный канал	Инфракрасный канал
Показатель микроциркуляции (ПМ)	66,24	37,61	57,73	11,56	0,00	9,5
Сигма	7,08	16,36	5,91	14,53	0,00	2,07
Индекс эффективности микроциркуляции	1,40	0,79	0,97	0,96	0,00	0,77

При изучении отдаленных результатов лечения рецидив в контрольной группе отмечен у 7 больных (1,8%) больных, в основной группе у 2 оперированных(0,2%).

Необходимо отметить положительные результаты дооперационной УЗ-диагностики паховых грыж, при которой на дооперационном периоде оценивались состояние пахового промежутка, вид грыжи, что позволяло уточнить метод оперативного вмешательства, а также состояние регионарного кровотока и кровотока в семенном канатике в дооперационном и послеоперационном периоде.

Выводы.

1. При больших грыжах с целью профилактики рецидива необходимо формировать внутреннее паховое кольцо путем наложения узловых швов на поперечную фасцию.
2. При расширении наружного пахового кольца более 2,0см, необходима ненатяжная пластика наружного пахового кольца полипропиленовой сеткой.
3. Фиксировать сетку необходимо непрерывным полипропиленовым швом, что снижает степень ишемизации тканей.

Литература.

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. М: ООО МИА 2005; 384
2. Нестеренко Ю.А., Салов Ю.Б. Хирургическое лечение паховых грыж (обзор литературы) Хирургия 1982; 8: 119-124
3. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А.. Современные методики хирургического лечения паховых грыж (методические рекомендации).М., 2003-С.13-27.
4. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Проблемы и противоречия «ненатяжной» герниопластики. Герниология.-4.-2004.-3-7.
5. Белоконев В.И., Заводчиков Д. А. Ковалева З.В. Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения паховой грыжи натяжными и ненатяжными способами (Новые технологии в хирургии грыж. Материалы межрегиональной научно-практической конференции.-Саратов, 2006.С24-26.
6. Nihus E.M. Herniology 1948-1998. Evolution toward excellence// Hernia. 1998, 2(1): 1-5
7. Lichtenstein I.L, Shulman A.G, Amid, P; The Tension-Free Hernioplasti; Am J Surg; 1989;1989;157: 188-193

Комплексное хирургическое лечение диабетической стопы.

Шайбаков Д.Г., Карамова Р.Ф., Хасанов А.Г., Нигматзянов С.С., Шамсиев Р.Э. Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Актуальность темы по диабетической стопе очевидна. В отделении гнойной хирургии, львиную долю больных составляют больные с различными осложнениями сахарного диабета. Сахарный диабет – один из наиболее распространенных болезней цивилизаций. Им страдает 2-6 % населения Земли. Однако многие специалисты считают, что истинная заболеваемость сахарным диабетом в 2 раза выше выявленной [2,5,12]. По прогнозам ВОЗ из-за увеличения продолжительности жизни, малоподвижного образа жизни, изменения режима питания, общая численность больных сахарным диабетом, составлявшая в 1996 году 120 млн. человек, возрастет к 2025 году до 250 млн. Наиболее частым и тяжелым осложнением сахарного диабета является поражение сосудов нижних конечностей – развитие синдрома диабетической стопы. [1,3,14]. Под «синдромом диабетической стопы» (СДС) понимают инфекцию, язву и/или деструкцию глубоких тканей, связанную с неврологическими нарушениями и снижением периферического и магистрального кровотока в артериях нижних конечностей, обусловленных сахарным диабетом. [Женева 1987г.]. В 2000 году Международным соглашением по Диабетической стопе было принято определение СДС как комплекса анатомо-функциональных изменений стопы у больных сахарным диабетом, связанного с диабетической нейропатией, ангиопатией, остеоартропатией, на фоне которых развивается гнойно-некротический процессы. [1,5,14]. Данное осложнение по литературным данным развивается у 4—10 % от общего числа пациентов с сахарным диабетом. По данным экспертов по диабетической стопе 40 – 70 % всех нетравматических ампутаций в мире производится больным с синдромом диабетической стопы. В течение первых 5 лет после ампутации погибает около 80% больных, перенесших высокую ампутацию. Большая социальная значимость сахарного диабета состоит в том, что он приводит к ранней инвалидизации. Риск развития инфаркта миокарда увеличивается в 2 раза, патологии почек в 17 раз, а гангрены нижних конечностей - в 20 раз. Эпидемиологические исследования показали, что 6 – 30 % больных диабетом после первой ампутации подвергаются ампутации контрлатеральной конечности в течение 1–3 лет, через 5 лет–28–51%. Также повышается стоимость лечения и реабилитации больных в 3 раза.

Совершенствование тактики диагностики, диспансеризации, лечения больных, позволяют снизить частоту ампутаций на 43-85%. [7,8,9,10,11,13].

Примерно 40-50% больных сахарным диабетом относятся к группам риска. Критериями отнесения больного в группу риска по синдрому диабетической стопы являются [4,12]:

- явления периферической нейропатии,
- отсутствие пульса на артериях стоп,
- деформация стопы,
- выраженные гиперкератозы стопы,
- наличие язв, гнойно-некротических процессов,
- ампутаций в анамнезе.

Табл. 1

Степень выраженности поражения тканей при СДС по Вагнеру 1979г.

Степень	характеристика
0	Сухость кожи, клювовидная деформация пальцев, остеопороз.
1	Поверхностный язвенный дефект без признаков инфицирования
2	Глубокая инфицированная язва без вовлечения костной ткани.
3	Глубокая инфицированная язва с вовлечения костной ткани, абсцесс, флегмона.
4	Гангрена дистальной части стопы
5	Гангрена всей стопы

Цель работы оптимизация методов лечения больных с диабетической стопой.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением в ГКБ №8 с 2005 по 2010 годы в отделении гнойной хирургии находились 495 больных с различными осложнениями сахарного диабета и сахарным диабетом как сопутствующей патологии. Из них непосредственно с СДС и его осложнениями - 190 больных.

Табл. 2

Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст	Пол		Всего	
	мужчины	женщины	Абс.	%
21-30	1	4	5	2,6
31-40	3	5	8	4,2
41-50	11	17	28	14,7
51-60	23	29	52	27,4
61-70	28	26	54	28,4
71-80	11	29	40	21,0
81 и старше	1	2	3	1,7
Всего:	78	112	190	100,0

Как видно из таблицы 2, ДС страдают чаще женщины пожилого возраста инсулиннезависимой формы со средней степенью тяжести, длительностью заболевания более 5 лет. Среди больных, поступивших на стационарное лечение с различными формами ДС, многие доставлены в экстренном порядке с тяжелыми гнойно-некротическими осложнениями на стопе и голени.

Табл. 3

Распределение больных по типам поражения ДС.

Тип диабетической стопы	Абс.	%
Нейропатический тип	82	43,2
Ишемический тип	51	26,8
Смешанный тип	36	20,0
Синдром «Шарко» (остеоартропатии)	21	11,1
Всего:	190	100,0

Как видно из таблицы 3, основной тип поражения при ДС - это нейропатический вариант.

Примерная программа обследования:

1. Выполняется всем больным при каждой консультации

- осмотр специалистов: эндокринолога, хирурга с обязательной оценкой неврологического дефицита по шкале НДС (шкала нейропатического дисфункционального счета), измерения порога вибрационной чувствительности (камертон, биотензиометр);

- консультация невропатолога;
- консультация офтальмолога (осмотр глазного дна);
- измерение лодыжечно-плечевого индекса (доплеровский аппарат);
- измерение транскутанного напряжения по кислороду;
- гликемический профиль и определение уровня гликозилированного гемоглобина;

- липиды крови: уровень холестерина, ЛПНП, триглицериды, ЛПВП.

2. Больным с отсутствием пульса на артериях стопы, снижением ЛПИ (плече-лодыжечного индекса) ниже 0,9, снижением TcPO₂ ниже 60, клиникой перемежающейся хромоты

- ультразвуковая доплерография и цветное дуплексное картирование артерий нижних конечностей;

- консультация ангиохирурга.

3. Больным с деформациями на стопе, выраженным гиперкератозом

- рентгенография стоп;

- консультация ортопеда.
4. Больным с язвенными дефектами стоп
- микробиологическое исследование раневого отделяемого (посев);
 - рентгенография стоп.
 - общий анализ крови.

УЗ доплероскопия аппаратом Philips HDI-4000 [Дуплексное и триплексное (цветовое) сканирование].

Большое значение при доплероскопии придается изменению плече-лодыжечного индекса, в норме равным 0,9 - 1,0. Достоверным нарушением кровообращения считается изменение ПЛИ на 0,1, увеличение ПЛИ на 0,1 расценивается как положительный результат лечения. Данные доплерометрического исследования представлены в таблице 4,

Табл. 4

Показатели	Больная конечность		Здоровая конечность	
	до лечения n=50	после лечения n=45	до лечения n=50	после лечения n=45
Системное систолическое А/Д	138,0±6,0	132,0±4,0	133,0±6,0	132,0±5,0
Систолическое А/Д на задней большеберцовой артерии	92,0±13,0	98,0±5,0	101,0±14,0	102,0±12,0
Плече-лодыжечный индекс (ПЛИ)	0,5±0,11*	0,641 ±0,1	0,73±0,1*	0,86±0,1

Примечание: * - разница достоверна с вероятностью $p < 0,005$.

В норме систолическое давление в области лодыжек почти равно систолическому давлению в плечевой артерии или незначительно превышает его. Если лодыжечное давление ниже давления на плече, то это убедительно говорит о недостаточном кровообращении на стопе.

По литературным данным плече-лодыжечный индекс служит одним из критериев определения уровня ампутации: ПЛИ ниже 0.5- ампутация на уровне бедра; ПЛИ на уровне 0.5 – ампутация на уровне голени; ПЛИ 0.5-0.7 – ампутация на уровне стопы; ПЛИ 0.7—1.0 – экзартикуляция пальца.

Тактика лечения больных с СДС:

Консервативное:

Терапия диабетической стопы включает базовые (обязательные для всех больных) и дополнительные (применяемые по показаниям) мероприятия

К базовым относятся:

- профилактика полинейропатии: контроль глюкозы, давления, гиперлипидемии;

- подиатрический уход за стопой, обучение больного и родных;
- разгрузка стопы.

К дополнительным:

- антимикробная терапия;
- лечение болевого синдрома;
- лечение нейропатии;
- лечебная разгрузка и иммобилизация стопы;
- лечение ангиопатии;

По мнению многих исследователей, новые перспективы в лечении хирургических больных, открывают применения препаратов системной энзимотерапии.

Системная энзимотерапия представляет собой метод терапевтического воздействия с помощью целенаправленно составленной смеси гидролитических ферментов растительного и животного происхождения и рутина, оказывающих кооперативное действие на ключевые физиологические и патофизиологические процессы. Препараты СЭТ, обладая способностью снижать выраженность и оптимизировать течение воспаления, ускоряют, тем самым, репаративные процессы (Ефименко Н.А. и соавт., 2004).

Наиболее применяемые в хирургической практике полиферментными препаратами являются Вобэнзим и Флогэнзим (Mucos Pharma GmbH & Co., Германия). Оба препарата разрешены для применения в России. В полиферментных препаратах присутствуют трипсин, химотрипсин, амилаза, липаза и панкреатин, которые получают из поджелудочных желез животных, а также папаин и бромелаин, добываемые, соответственно, из растений *Carica papaya* и *Ananas comusus*.

Лечебное действие этих препаратов обусловлено следующими эффектами: противовоспалительным, противоотечным, вторично-анальгезирующим, фибринолитическим, антиагрегантным и иммуномодулирующим.

В качестве препарата для системной энзимотерапии был использован флогэнзим в состав которого входит трипсин 48мг и бромелаин 90мг а также рутин 100мг стабилизирующий эндотелий сосудов. Средняя терапевтическая доза препарата составила 6 драже в сутки. Курс лечения определялся характером течения воспалительного процесса. Больные лечение препаратом продолжали и после выписки.

После проведенного лечения в условиях хирургического отделения наблюдалась укорочение средней продолжительности лихорадочного периода, купирование болевого синдрома по сравнению с контрольной группой уменьшение отека. В качестве местного лечения при поражении тканей 1 – ой, 2-ой, 3- ей ст. по Вагнеру использовали плазменные потоки в терапевтическом режиме.

Основные процессы воздействия плазмы на биоткани: высокая температура (свыше 15000° С) газовой струи, газодинамический эффект, мощное ультрафиолетовое излучение.

Воздействие на биологические ткани:

- Пиролиз тканей
- Разложение органических молекул на элементарные составляющие
- Образование озона
- Стимулирование мощной лейкоцитарной волны
- Активизация репаративных процессов
- Активизация реакций с участием кислорода
- Активизация эндогенного образования гипохлорита натрия
- Подавление патогенной микрофлоры

В условиях хирургического отделения ГКБ №8 источником плазменного облучения использовали плазменную установку «Факел-01».



Рис. 1 Установка плазменно-хирургическая "Факел-01".



Рис.2 Клинические эффекты плазменных технологий.



Рис.4 Сахарный диабет осложненный эритематозно-буллезной розеей.

Табл. 6

Динамика клинических проявлений диабетической стопы при использовании системной энзимотерапии и плазменных технологий.

№	Клинические проявления (сутки)	Группы наблюдений:	
		Основная (M±n), N=73	Контрольная (M±n), N=89
1.	Купирование болевого синдрома	4,7±0,3	7,1±1,5
2.	Средняя продолжительность лихорадочного периода	2,9±1,5	3,8±1,1
3.	Уменьшение гиперемии, интенсивности эритемы и паравульнарного отека	4,9±0,3	6,3±2,3

Как видно из таблицы 6 плазменные технологии оказывают такой же эффект как и системная энзимотерапия, что обуславливает потенцирующий эффект.

Хирургическое лечение.

Целью хирургического пособия при СДС является сохранение жизни пациента, сохранение конечности и ее функции.

Экстренные операции производятся только в случае влажной гангрены конечности. Срочные вмешательства следует производить при наличии флегмон, абсцессов, неадекватно дренируемых гнойно-некротических ран и вторичных септических очагов. Этапные некрэктомии, операции при остеомиелите костей стопы, а также реконструктивные и пластические вмешательства производятся в плановом порядке.

Прежнее представление у хирургов, что при гнойно-некротических поражениях стопы и голени показаны только высокие ампутации. В последнее время взгляды на такой крайний радикализм изменились, а именно на ранних этапах гнойно-некротических поражений чаще выполняют некрэктомии и щадящие ампутации. Поэтому выбор лечебной тактики должен быть индивидуальным, основываться на данных клинико-лабораторных, аппаратно-инструментальных методах исследования. Должны проводиться дифференциальная диагностика форм и стадий поражения, уровня окклюзии сосудов и степени ишемии.

Хирургическое лечение флегмон и абсцессов при диабетической стопе заключался в широком или достаточном рассечении кожи, начиная с границы измененной ее окраски, а так же тканей всей пораженной зоны с полным иссечением патологически измененной жировой клетчатки, фасции и мышц, не опасаясь образовавшейся раневой полости. После хирургической обработки рана должна быть максимально раскрытой, особенно при подозрении или наличие анаэробной неклостридиальной инфекции.

Вскрытия и некрэктомии выполнено у 48 (44,4%) больных. При лечении данной категории больных в послеоперационном периоде также широко использовали плазменные технологии как на этапе некрэктомии так и для стимуляции регенерации.



Рис.5 Проведение плазменной некрэктомии.

Малые ампутации в виде ампутации и экзартикуляции пальцев выполнены у 29 (26,8%) больных. Во всех случаях рана оставалась открытым.

Показаниями к ампутации явились:

- обширные ишемические некрозы переднего и среднего отделов стопы и пяточной области;
- влажная гангрена стопы с распространением инфекции на проксимальные отделы конечности;
- гнойно-деструктивные артриты стопы;
- длительно существующие, обширные трофические язвы подошвенной поверхности стопы в сочетании тяжелыми деструктивными формами остеоартропатии;
- критическая ишемия конечности с выраженным болевым синдромом, не поддающаяся консервативной терапии, и при невозможности хирургической сосудистой коррекции.

Табл.7

Объем оперативного пособия и исходы.

Объем вмешательства хирургического	Количество оперированных больных	Летальные исходы
Некрэктомии, вскрытия	48 (44,4%).	2 (1,8%)
Малые ампутации	29 (26,8%)	1 (0,9%)
Высокие ампутации	31 (28,7%)	6 (5,6%)
ИТОГО	108 (100%)	9 (8,3%)

Высокие ампутации выполнены у 31 (28,7%) больного. Среди оперированных всего 108 (100%) больных, умерло 9 (8,3%). Летальность среди всех групп составила 4,74%. Средняя продолжительность пребывания в стационаре - 24,2 дня.

Выводы.

1. Стратегия лечения – непрерывность и пожизненность.
2. При сахарном диабете считается смертельным квартетом сочетание таких факторов, как гипергликемия, гипертония, гиперлипедемия (гипертриглицеринемия), ожирение. Факторы риска усиливаются при курении, стрессе, гиподинамии;
3. Дифференцированный подход в диагностике и тактике при нейропатическом и ишемическом варианте ДС позволит уменьшить число ампутаций конечностей более чем в 2 раза;

4. Сейчас весь мир борется за снижение числа и уровня ампутаций. Встала необходимость бороться за жизнь каждого больного, за сохранение каждой ноги. Девиз международного сообщества эндокринологов: «пусть больной умирает на своих ногах». На сегодня при гангрене пальцев - ампутация бедра выглядит анахронизмом.
5. Первичная ампутация должна быть предпринята только при условии, когда возможность реваскуляризации с помощью оперативных методов (ангиопластика и стентирование артерий нижних конечностей, аутовенозное шунтирование, эндартерэктомия) исключена в специальном сосудистом центре с помощью ангиографии и других методов определения уровня окклюзии;
6. Назрело необходимость создания высокотехнологичных «Центров диабетической стопы», и кабинетов В хирургические отделения больные должны госпитализироваться только при наличии осложнений, требующих вмешательства хирурга.
7. Только за счёт обеспечения больных ортотехникой, количество ампутации снижается почти на 1/3.

Литература.

1. Гнойно-некротические поражения нейроишемической формы синдрома диабетической стопы. Новые возможности комплексного хирургического лечения. В.А.Митиш, И.А.Ерошкин, А.В.Ерошенко и др.. Эндокринная хирургия. –2008.— №1.
2. Гурьева И. В., Кузина И. В., Воронин А. В. и др. Синдром диабетической стопы. Методические рекомендации. Москва, 2000
3. Гурьева И. В., Комелягина Е. Ю., Кузина И.В. Диабетическая периферическая сенсомоторная нейропатия. Патогенез, клиника и диагностика. Методические рекомендации. Москва, 2000
4. Григорьева Ю.Ф., Балтрушевич О.А. «Актуальные вопросы преемственности диагностики и комплексного лечения больных с синдромом диабетической стопы», М., 2000.
5. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю. «Синдром диабетической стопы», М., Федеральный диабетологический центр МЗ РФ, 1998.
6. Приказ МЗ РФ № 267 от 16.07.2001 «О развитии диабетологической помощи населению Российской Федерации»
7. Применение новых технологий в лечении синдрома диабетической стопы: клинический случай. О.В.Удовиченко, Г.Р.Галстян, И.А.Ерошкин, А.А.Ефимов, О.В.Носов, Ю.Г.Васильев, Лечащий врач.- 2003.- № 10.
8. Российский консенсус «Диагностика и лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей», 2002.
9. Савельев В.С., Кошкин В.М. «Критическая ишемия нижних конечностей», 1997.
10. Савельев В.С. «Консервативная терапия больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей», 2002.
11. Светухин А.М., Земляной А.Б. «Гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы». М., 2002.
12. Стандарты диагностики и обследования больных с синдромом диабетической стопы и групп риска. Сост. Б. И. Яремин, Самара, 2006
13. Суханов Г.А. и соавт. «Диабетическая стопа – предупреждение, консервативное и оперативное лечение», 1999.
14. International Consensus on the Diabetic Foot (by the International Working Group on the Diabetic Foot). 1999.

Комплексное лечение больных с трофическими язвами при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей и сахарном диабете.

Чистоступов К.С., Фаязов Р.Р. Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО
ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

На современном этапе развития медицины проблема лечения трофических язв (ТЯ) различной этиологии остаётся важной в связи с большой распространённостью этого заболевания [6,7]. При хронических облитерирующих заболеваниях сосудов нижних конечностей трофической язвой страдает 2-3% населения [3,6]. Каждый год 0,6 – 0,8% больных, страдающих сахарным диабетом (СД), подвергаются ампутации нижних конечностей на различных уровнях. При этом в 85% случаев ампутациям предшествуют язвы [2,4]. При гистологических исследованиях атеросклеротически изменённых сосудов нижних конечностей у больных СД и у пациентов без диабета выявляются одни и те же изменения, но диабетическая макроангиопатия и облитерирующий атеросклероз имеют принципиальные различия [9,11]. При СД развитие клинической картины атеросклеротического поражения артерий более быстрое, чем у больных не имеющих его, а окклюзионный процесс носит диффузный характер. При атеросклерозе отмечается симметричность поражения. В патологический процесс при сахарном диабете вовлекаются берцовые, подошвенные сосуды, а также артериолы. В изолированный атеросклеротический процесс вовлекаются аорта, подошвенные и бедренные артерии [4, 6, 8]. Хронические облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей и диабетическая ангиопатия характеризуются поражением артерий малого калибра и капилляров. При данных поражениях сосудистого русла выполнение реконструктивных операций невозможно, что приводит к длительному течению, частым рецидивам ТЯ, а это, в свою очередь, в значительной степени снижает качество жизни пациентов [8,10,12]. К консервативным методам относится системная антибактериальная терапия, местное лечение с использованием различных мазей, перевязочных средств, раневых покрытий, ферментов. Используется также метод пролонгированных новокаиновых блокад и внутриартериальная инфузия смеси препаратов [5]. Но все предложенные методики лишь улучшают течение заболевания в некоторых случаях приводя и к усугублению язвенного процесса [7]. Перспективным направлением в лечении ТЯ видится применение местно на

зону патологического процесса лазеротерапии, плазменных потоков [4,6]. Однако, нужно отметить, что самостоятельное применение этих методов приводит к нестойким результатам лечения. В последнее время появилось новое революционное направление в лечении ТЯ– использование биотехнологий, но широкого применения в практике они не получили [1].

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов комплексного лечения больных с ТЯ нижних конечностей при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей и СД.

Материалы и методы.

Материалом для настоящей работы явилось изучение результатов обследования и комплексного лечения 112 больных с ТЯ, из которых 61(54,5%) пациент составил основную группу, а 51 (45,5%) больной составил группу сравнения, из них 61 больной (54,5%) женщины и 51 (45,5%) мужчины. При сравнительной оценке процентного соотношения в структуре формы заболевания в основной группе и группе сравнения статистически значимых различий выявлено не было ($p>0,05$).

Больные были госпитализированы в разные сроки от начала проявления первых признаков заболевания. Большинство больных доставлено в стационар через 2-3 месяца после начала заболевания. По срокам поступления основная и группа сравнения не отличались ($p>0,05$).

При поступлении оценка проводилась по стандартной схеме: жалобы, данные анамнеза, физикальные методы исследования. При сборе анамнеза учитывались причины заболевания, длительность, лечение до поступления в стационар, сопутствующая патология. Также оценивалось и общее состояние больного, где особое внимание уделялось наличию признаков интоксикации, а также наличие сопутствующих заболеваний. При осмотре больного оценивалась степень сохранения чувствительности, пульсация периферических артерий, объём движений в поражённой конечности.

Дополнительно учитывались результаты объективных методов исследования: лабораторные методы, микробиологические исследования, цитологические исследования, данные лазерной доплеровской флоуметрии, показатели уровня лактата периферической крови.

Полученные данные подвергались математико-статистической обработке. Для описания распределительных переменных использованы такие показатели как объём наблюдений (n), среднее значение признака (M), стандартное

отклонение (S), стандартную ошибку среднего (m) и 95% ($p < 0,05$) доверительный интервал. Для сравнения нормально распределённых количественных переменных применялся критерий Стьюдента. Для сравнения долевых соотношений – угловое преобразование Фишера. Статистическая обработка проводилась в соответствии с технологией современного компьютерного анализа данных. В комплексном лечении ТЯ различной этиологии первостепенная роль принадлежит хирургической обработке язвы. Всем больным оперативное лечение проводилось в день поступления в стационар. Перед оперативным вмешательством проводили стандартное обследование (анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, электрокардиограмму). Предлагаемый нами способ хирургического лечения ТЯ осуществляется следующим образом. Высокочастотным радионожом "Surgitron" в режиме резания в течение 2-4 минут осуществляют тангенциальное иссечение трофической язвы. Далее на поверхности трофической язвы проводят наложение перфоративных отверстий или фенестраций до здоровой, хорошо кровоснабжаемой нижележащей ткани. После этого при обширных поражениях в течение 2-3 суток производятся перевязки с растворами антисептиков и мазями на водорастворимой основе до отсутствия капиллярного кровотечения и обильного серозного отделяемого.

Вторым этапом у 5 больных основной группы при полном гемостазе раны сразу после иссечения или через 1-2 дня при обширном поражении производилось инъекционное введение клеточной массы костного мозга, полученного при пункции крыла подвздошной кости больного в разведении пунктата 1:1 0,9% физиологическим раствором в количестве клеток в зависимости от поверхности трофической язвы (4-5 млн.) путём инъекций по периметру язвы, дополняя орошением области перфоративных или фенестрированных отверстий раствором аутогенных клеток. Сверху дефект закрывался расщепленным кожным сетчатым трансплантатом.

Второй подгруппе больных основной группы проводилась выше приведённая методика. Отличием являлось лишь применение культуры аллофибробластов. Для этого использовалась культура фибробластов человека, культивированные в условиях Проблемной научно – исследовательской лаборатории трансплантологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Материалом для получения культур клеток служила пуповина (в ряде случаев плацента), полученная при родовспоможении. После фрагментации и ферментативной обработки материала 0,25% раствором трипсина в течение 15

минут получали первичную культуру аллогенных фибробластов. Первичную культуру под микробиологическим и морфологическим контролем пассировали. В качестве культуральной среды использовали среду Игла в модификации Дюльбеко или среду Игла с двойным набором аминокислот с добавлением антибиотиков, 2% глутамина и 5% телячьей эмбриональной сыворотки. Культивирование проводили в условиях абсолютной влажности при температуре 37°C, 5 – 6% углекислого газа. Для трансплантации использовали культуру 4-17 пассажей. Подсчёт клеток в суспензии проводился методом окрашивания 0,1% раствором трипанового синего путём выемки диссоциированных клеток с каждого объема. Для этого наносили каплю красителя, окрашивание производилось в термостате при температуре 37°C в течение 10 минут. Степень окрашивания контролировалась под микроскопом. Подсчёт живых клеток проводился в камере Горяева под световым микроскопом – гибнущие клетки с повреждённой мембраной имели синее окрашивание. Подсчитывали общее количество клеток в 25 больших квадратах камеры Горяева. Дальнейшее вычисление осуществлялось по формуле: $X=N*S*1000$, где

X – количество клеток в 1см² суспензии,

N – количество клеток в 25 квадратах,

S – кратность разведения суспензии красителем.

Процентное содержание живых клеток (K) вычисляется по формуле:

$K = (\text{общее количество клеток} - \text{количество мёртвых клеток}) / \text{общее количество клеток} * 100\%$.

Отмытые клетки помещаются в стерильные флаконы с плотностью 1,5 млн. клеток в 1 мл.

Культуру фибробластов имплантировали двумя путями: сначала, соблюдая правила асептики и антисептики, с помощью тонкой иглы внутридермально по периметру язвы вводилось от 1 до 4 млн. клеток. После этого поверхность язвы орошалась взвесью из клеточной культуры (от 1 до 7 млн. клеток).

В качестве консервативной терапии использовалась антибактериальная терапия, которая проводилась с учётом чувствительности к антибиотикам, но до получения результатов микробиологических посевов с учётом полимикробной обсеменённости раневой поверхности, назначались антибиотики широкого спектра действия. В нашей работе мы использовали инъекции цефтриаксона. При длительном течении процесса использовались антибиотики из группы фторхинолонов, карбапенемов.

В качестве сосудистой терапии применялись следующие группы препаратов: ангиопротекторы (пентоксифиллин по 15 мл, что составляет 1200 мг, внутривенно медленно на 400 мл физиологического раствора 0,9% в два приема (утром и вечером) 10-14 дней), антиагреганты (дипиридамола по 25 мг три раза в сутки в течение всего пребывания в стационаре и до 3-х месяцев после выписки), вазопростан (по 20 мкг на 200 мл физиологического раствора 0,9% внутривенно капельно медленно один раз в сутки), антикоагулянты прямого действия (гепарин по 5000 ЕД четыре раза в сутки подкожно, затем следующие пять суток по 2500 ЕД четыре раза в сутки и затем пять суток по 2500 ЕД два раза в сутки с последующей отменой препарата), антиоксиданты (берлитион по 12 мл-300 ЕД внутривенно в течение двух недель на 250 мл 0,9% физиологического раствора внутривенно медленно в течение 30 минут). Затем пациенты переводятся на поддерживающую длительную терапию препаратом Берлитион 300 ораль в виде таблеток в дозе 300 мг в сутки. Больные с сахарным диабетом получали заместительную инсулинотерапию, которую рекомендовал эндокринолог.

Результаты и обсуждение.

В таблице 1 представлена динамика цитологических показателей у больных с трофическими язвами на 1, 3, 5, 10 сутки.

Табл. 1

Динамика цитологических исследований больных с трофическими язвами при хронической артериальной недостаточности и сахарном диабете.

Тип цитограммы	Группа сравнения n=35				Основная группа n=45			
	1-е сутки	3-и сутки	5-е сутки	10-е сутки	1-е сутки	3-и сутки	5-е сутки	10-е сутки
Некротический	30 (85,7%)	7 (20%)	–	–	41 (91,1%)	2 (4,4%)	–	–
Дегенеративно-воспалительный	5 (14,3%)	17 (48,6%)	2 (5,7%)	–	4 (8,9%)	21 (46,7%) p>0,05	–	–
Воспалительно-регенеративный	–	11 (31,4%)	19 (54,3%)	4 (11,4%)	–	18 (40%) p>0,05	9 (20%) p<0,05	–
Регенеративно-воспалительный	–	–	6 (17,1%)	9 (25,7%)	–	4 (8,9%) p>0,05	16 (35,6%) p<0,05	9 (20%) p>0,05
Регенеративный	–	–	8(22,9%)	22(62,9%)	–	–	20 (44,5%) p<0,05	36(80%) p<0,05

Примечание: p – сравнение основной группы с группой сравнения.

Из таблицы следует, что в первые сутки у больных вне зависимости от этиологии трофической язвы, преобладает некротический тип цитограммы (91,1%), отмечается также дегенеративно – воспалительный тип цитограммы (8,9%). Статистически значимых различий в цитограмме в первые сутки в

сравниваемых группах не отмечается. На 10 сутки, благодаря проводимой комплексной терапии в основной группе превалирует регенеративный тип цитограммы (80%), против 62,9% в группе сравнения ($p < 0,05$).

При микробиологическом исследовании было установлено, что основным возбудителем раневой инфекции у пациентов основной и сравнительных групп был золотистый стафилококк, устойчивый к антибиотикам 3-4 поколения в 84% случаях. На втором месте – синегнойная палочка (13%), далее *Pr.vulgaris* (9%) (табл.2).

Табл. 2

Частота высеивания микроорганизмов из зоны патологического процесса у больных с трофическими язвами в основной группе и группе сравнения.

Название микроорганизма	Частота высеиваемости					
	основная группа (n=34)			группа сравнения (n=30)		
	всего	моно	ассоциация	всего	моно	ассоциация
<i>St. aureus</i>	26 (76,5%)	23 (69,6%)	3 (8,8%)	23 (76,7%)	21 (70%)	2 (6,7%)
<i>St. epidemidis</i>	4 (11,8%)	1 (2,3%)	3 (8,8%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)	3 (10%)
<i>Ps. aeruginosa</i>	5 (14,7%)	5 (14,7%)	-	4 (13,3%)	4 (13,3%)	-
<i>Acinetobacter</i>	1 (2,9%)	-	1 (2,9%)	1 (3,3%)	-	1 (3,3%)
<i>Pr. vulgaris</i>	3 (8,8%)	1 (2,9%)	2 (5,9%)	3 (10%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)

Примечание: р – сравнение основной группы с группой сравнения

Оценку эффективности предложенного нами лечения мы проводили с помощью двух основных показателей лазерной флоуметрии:

1. ИЭМ (индекс эффективности микроциркуляции), который является интегральной характеристикой гемодинамики кровотока. Он устанавливает соотношение между активным и пассивным механизмами регуляции кровотока в системе микроциркуляции (табл.3).

2. СКО которое показывает функционирование механизмов модуляции тканевого кровотока: миогенного, нейрогенного, дыхательного, изменения давления.

Табл. 3

Результаты измерений лазерной доплеровской флоуметрии в области трофической язвы, $M \pm m$.

Показатели	Основная группа, n=61			Группа сравнения, n=51		
	5	10	14	5	10	14
СКО	1,89±0,02 $p > 0,05$	2,04±0,01 $p < 0,01$	5,96±0,10 $p < 0,001$	1,7±0,03	1,74±0,03	3,21±0,02
ИЭМ	1,2±0,01 $p > 0,05$	1,64±0,03 $p < 0,01$	2,12±0,12 $p < 0,001$	0,8±0,03	0,91±0,11	1,2±0,02

Примечание: р – сравнение основной группы с группой сравнения

По данным, приведённым в таблице 3 видно, что на 5 сутки в сравниваемых группах показатели в области трофической язвы не отличаются ($p > 0,05$).

На 10 сутки показатели микроциркуляции в области язвы в основной группе в сравниваемых показателях статистически достоверно лучше, чем в группе сравнения ($p < 0,01$). На 14 сутки показатели микроциркуляции в области язвы в основной группе в сравниваемых показателях статистически достоверно лучше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$).

Одним из ценных методов подтверждения эффективности предложенного лечения явилось определение уровня лактата периферической крови.

Табл. 4

Показатели измерения уровня лактата периферической крови нижних конечностей в основной группе и группе сравнения

Сутки	Основная группа, n = 61		Группа сравнения, n = 51	
	Атеросклероз, n = 43	Сахарный диабет, n = 18	Атеросклероз, n = 36	Сахарный диабет, n = 15
1 сутки	3,6±0,3 $p > 0,05$	3,2±0,2 $p > 0,05$	3,6±0,3	3,3±0,2
7 сутки	2,6±0,2 $p > 0,05$	2,5±0,3 $p > 0,05$	3,1±0,2	3,0±0,3
14 сутки	1,05±0,1 $p < 0,001$	1,2±0,2 $p < 0,01$	2,9±0,1	2,8±0,2

Примечание: p – сравнение основной группы с группой сравнения.

По данным, приведённым в таблице 4, мы видим, что на 1 и 7 сутки статистически значимых различий в показателях периферической крови в зоне поражения нет ($p > 0,05$), что говорит о продолжающейся ишемии в зоне поражения. На 14 сутки в основной группе в подгруппе у больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей показатели лактата составили 1,05±0,1 ($p < 0,001$), у больных с сахарным диабетом во второй подгруппе показатели лактата составили 1,2±0,2 ($p < 0,01$). Таким образом, на 14 сутки от начала предложенного нами лечения отмечается статистически значимое снижение уровня лактата периферической крови, что говорит об эффективности лечения и снижения ишемии в зоне поражения.

Выводы.

Таким образом, предложенный метод комплексного лечения трофических язв при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей позволил улучшить количество хороших результатов ($t\phi = 4,851$, $p < 0,001$) и снизить количество неудовлетворительных результатов ($t\phi = 3,809$, $p < 0,01$). В итоге средняя продолжительность пребывания больного на койке уменьшилась с 34,8±4,7 койко – дня до 21,1±3,1 койко – дня ($p < 0,05$).

Литература.

1. Гавриленко А.В. Использование фибробластов и кератиноцитов в комплексном лечении венозных трофических язв / А.В. Гавриленко, О.В. Павлова, П.Е. Вахрастьян // Хирургия. - 2008. - № 10. - С. 80-83.
2. Георгадзе А.К. Патогенез формирования гнойно – некротических заболеваний стоп при сахарном диабете // А.К.Георгадзе, Б.М.Газетов // Хирургия. – 1985. №8. С.141-147.
3. Гостищев В.К. Пути и возможности профилактики инфекционных осложнений в хирургии / В.К.Гостищев, В.В.Омельяновский // Хирургия. – 1997.№8. С. 11-15
4. Домницкая Т.М. Диагностика функционального состояния микроциркуляции в коже стоп нижних конечностей у больных атеросклерозом артерий нижних конечностей и сахарным диабетом 2-го типа / Т.М. Домницкая, О.А. Грачева // Функциональная диагностика. - 2005. – № 3. - С. 7-12.
5. Кокобелян А.Р. Эффективность внутриартериальной инфузионной терапии при лечении синдрома "диабетической стопы" в сочетании с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей / А.Р. Кокобелян // Нижегородский медицинский журнал. – 2000. - № 4. - С. 61-63.
6. Мурзанов М.М. Диабетическая стопа / М.М.Мурзанов, А.Г. Хасанов, Р.А. Нигматуллин. – Уфа: Оклер. 2005. 215 с.
7. Покровский А.В. Лечение больных с трофическими нарушениями нижних конечностей при венозной, артериальной и диабетической патологии в дневном стационаре поликлиники : тезисы 2 съезда амбулаторных хирургов РФ / А.В. Покровский, Е. Г. Градусов // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. - 2007. - № 4. - С. 174.
8. Удовиченко О.В. Патогенетическая роль диабетической микроангиопатии в развитии синдрома диабетической стопы / О.В.Удовиченко, М.Б. Анциферов, А.Ю. Токмакова //Арх. Пат. -2001. №3. С. 39-45
9. Чур Н.Н. Современный взгляд на лечение трофических язв нижних конечностей венозного генеза / Н.Н. Чур, И.Н. Гришин, С.Н. Чур // Новости хирургии. - 2008. – Т. 16, № 2. - С. 139-148.
10. Abbott C. Multicenter study of the incidence of and predictive risk factors for diabetic neuropathic foot ulceration / C.Abbott, L.Vileikyte, Williamson // Diab. Care. – 1998. Vol. 21 P. 1071 – 1075.
11. Maurin N. The role of platelets in atherosclerosis, diabetes mellitus, and chronic kidney disease. An attempt at explaining the TREAT study results / N. Maurin // Med. Klin. – 2010. – Bd. 105, № 5. – S. 339-44.
12. Stratmann B. Atherogenesis and atherothrombosis - focus on diabetes mellitus / B. Stratmann, D. Tschoepe // Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab. – 2009. – Vol. 23, № 3. – P. 291-303.

Диагностика и лечение острой обтурационной кишечной непроходимости.

Ахметов И.Х., Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф. Кафедра хирургических болезней
ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Среди хирургических заболеваний органов брюшной полости острая кишечная непроходимость (ОКН) является одной из наиболее актуальных в неотложной хирургии брюшной полости [1, 2, 5, 6, 8, 9].

Различие форм кишечной непроходимости, сложность патогенетических механизмов, известные трудности выявления характерных признаков заболевания, а также ограниченность сроков установления диагноза и выработки тактического решения определяют высокие требования к организации хирургической помощи [3, 4, 10].

Проблема лечения осложненного колоректального рака занимает в настоящее время значительное место в хирургической практике [2, 5, 11].

При осложненном раке толстой кишки хирургическая тактика зависит от локализации опухоли, вида осложнения, состояния больного и общепринятых тактических установок, которые часто предусматривают завершение оперативного вмешательства формированием колостомы [7, 9, 13].

Наиболее частым и тяжелым осложнением колоректального рака является острая кишечная непроходимость [2, 3, 6, 12, 13].

Сложность операции в условиях выраженного спаечного процесса и переполнения содержимым кишечных петель создают угрозу перфорации и развитию тяжелых осложнений в послеоперационном периоде [5, 10]. При этом частота послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность остается достаточно высокой и достигает по данным разных авторов 15 – 50% [1, 5, 9].

Гнойно-воспалительные осложнения после операций выполненных на фоне острой кишечной непроходимости составляют 38 – 80% [7, 8, 11].

Целью настоящего исследования является усовершенствование методики наложения межкишечного анастомоза при осложненных формах течения рака толстой кишки.

Материал и методы.

Нами проведен анализ хирургического лечения 202 больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью, поступивших в хирургические отделения № 1 и №2 городской клинической больницы № 8 за 2006 — 2010 гг.

Среди пациентов мужчин было 73, женщин 129. В подавляющем большинстве больные пожилого и старческого возраста, доставленные в стационар по экстренным показаниям с клинической картиной острой обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Преобладание женщин было значительным (63,8%). Больных, возраст которых был старше 60 отмечено в 137 случаях (67,8%), что говорит о геронтологической значимости проблемы. Острую обтурационную кишечную непроходимость диагностировали с учетом клинической картины заболевания, данных анамнеза, результатов физикального, рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового методов обследования.

Результаты и обсуждение.

Характер оперативного вмешательства в большей степени определялся не только локализацией опухоли и выраженностью изменений кишечной стенки в проксимальных от опухоли отделах, но и характером возникших осложнений и наличием различных сопутствующих заболеваний которые значительно ограничивали показания к радикальному лечению. Существенное значение в выборе метода и вида операции имела давность возникшей непроходимости. По нашим данным, за исследуемый период в первые 24 часа с момента возникновения острой обтурационной непроходимости госпитализировано всего лишь 31 (14%) больной. Наибольшее количество поступивших больных - 62 (29%) было до 48 часов. Примерное число больных поступило на 3 -и сутки и позже - 54 (25%) и 53 (25%) соответственно. С более продолжительным анамнезом непроходимости — 16 (7%) больных.

По локализации опухолевого процесса больные распределились согласно таблице 1. При этом у двух пациентов выявлен первично-множественный синхронный рак толстой кишки. Необходимо отметить что, кроме опухолевых заболеваний непосредственно толстой кишки, также отмечалась обтурационная непроходимость в 2х случаях опухолями терминального отдела подвздошной кишки и у 8-и больных опухолями матки и придатков.

Характер оперативного вмешательства в большей степени определялся не только локализацией опухоли и выраженностью изменений кишечной стенки в проксимальных от опухоли отделах, но и характером возникших осложнений и наличием различных сопутствующих заболеваний которые значительно ограничивали показания к радикальному лечению. Существенное значение в выборе метода и вида операции имела давность возникшей непроходимости. По

нашим данным, за исследуемый период в первые 24 часа возникновения острой обтурационной непроходимости госпитализировано всего лишь 31 (14%) больной.

Табл. 1

Опухолевые заболевания, обусловившие острую кишечную непроходимость за 2006 – 2010гг.

п/п	Локализация опухоли	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
1	Опухоли слепой кишки	1	8	2	2	1	14
2	Опухоли восходящего отдела и печеночного изгиба толстой кишки	2	3	4	4	2	15
3	Опухоли поперечной ободочной кишки	-	2	2	2	2	8
4	Нисходящий отдел ободочной кишки	7	5	3	6	12	33
5	Опухоли сигмовидной кишки	17	12	14	11	16	70
6	Ректосигмоидный отдел толстой кишки	8	7	7	8	4	34
7	Опухоли прямой кишки	6	6	4	5	6	27
8	Опухоль желудка с прорастанием в поперечно-ободочную кишку	1	-	-	-	-	1
ИТОГО		42	43	36	38	43	202

Вид операций представлен в таблице 2.

Табл. 2

Объем хирургических вмешательств больным с острой обтурационной кишечной непроходимостью за 2006 — 2010 гг.

№	Виды операций	2006	2007	2008	2009	2010	Итого
1	Правосторонняя гемиколэктомия с формированием анастомоза	2	3	4	4	3	16
	Правосторонняя гемиколэтомия с наложением стомы	1	2	1	4	1	9
2	Резекция поперечной ободочной кишки формированием анастомоза	-	-	-	-	2	2
	Резекция поперечной ободочной кишки с наложением стомы	-	2	1	2	1	6
3	Левосторонняя гемиколэктомия с формированием анастомоза	2	1	-	-	2	4
	Левосторонняя гемиколэктомия с наложением стомы	2	2	4	-	6	14
4	Резекция сигмовидной кишки с формированием анастомоза	2	2	2	1	4	11
	Резекция сигмовидной кишки с наложением стомы	9	10	10	6	6	41
5	Резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с формированием анастомоза	1	3	1	1	1	7
	Резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с наложением стомы	3	4	5	3	4	19
6	Резекция прямой кишки с формированием анастомоза	-	-	-	-	1	1
	Резекция прямой кишки с наложением стомы	2	-	-	-	-	2
7	Илеостомия (без резекции)	3	5	2	2	1	14
8	Колостомия (без резекции)	14	9	6	15	11	56
Всего		42	43	36	38	43	202

Наибольшее количество поступивших больных - 62 (29%), было до 48 часов. Примерное число больных поступило на 3 -и сутки и позже - 54 (25%) и 53 (25%) соответственно. С более продолжительным анамнезом непроходимости — 16 (7%) больных. У 41 (20,3 %) больного выполнены радикальные операции с резекцией кишки и наложением анастомоза. При формировании анастомоза предпочтение отдавалось завершением операции созданием межкишечного соустья по типу «конец в конец». В наших наблюдениях их было 34. В остальных 7 случаях межкишечное соустье было сформировано по типу «бок в бок» или «конец в бок». Резекции кишки с наложением концевой стомы выполнены у 91 (45,0 %) больных поступивших с острой obturационной толстокишечной непроходимостью. Остальным 70 (34,6%) больным с IV стадией заболевания, у которых кишечная непроходимость имела декомпенсированный характер на фоне выраженных полиорганных нарушений, выполнены паллиативные операции в виде наложения разгрузочной илеостомы (в 14 наблюдениях) или двуствольной колостомы (56 больных).

Послеоперационные осложнения возникли у 82 (40,6%) больных. Количество и характер послеоперационных осложнений представлены на таблице 3.

Табл. 3

Структура и характер послеоперационных осложнений у больных с острой obturационной толстокишечной непроходимостью.

№ п/п	Осложнения	2006	2007	2008	2009	2010	Итого
1	Несостоятельность анастомоза	2	1	2	1	1	7
2	Нагноение послеоперационной раны	2	5	6	4	7	24
3	Парастомические гнойные осложнения	5	3	4	6	3	21
4	Сердечно-сосудистые осложнения	2	2	1	1	3	9
5	Бронхо-легочные осложнения	3	2	6	5	2	18
6	Тромбоземболические	1	-	1	1	-	3
ВСЕГО		15	13	20	18	16	82

Несостоятельность анастомоза в 5 случаях привели к развитию распространенного калового перитонита с летальным исходом. Причиной несостоятельности, по нашему мнению, явилось завышение показаний к формированию первичного анастомоза. В этих случаях целесообразно на первом этапе операцию завершить формированием разгрузочной колостомы.

Более половины всех осложнений имеют гнойно-воспалительный характер в послеоперационной ране и в области наложенной стомы (54,9%). Исходные

сопутствующие заболевания сердечно-легочной системы у больных преклонного и старческого возраста послужили основанием у 27 (33,0%) больных развитию тяжелых осложнений и в большинстве привели к летальному исходу (умерло 19 больных). Во всех 3 наблюдениях тромбоэмболия ветвей легочной артерии закончились неблагоприятно.

В раннем послеоперационном периоде от осложнений умерло 30 больных (общая послеоперационная летальность — 14,8%). Структура послеоперационной летальности по годам представлена в таблице 4.

Табл. 4.

Послеоперационная летальность больных с острой obturационной толстокишечной непроходимостью за 2006-2010гг.

Общее кол-во больных	2006	2007	2008	2009	2010	Всего	
	Умерло					n	%
202	11	5	3	6	5	30	14,8

Таким образом, острая obturационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака толстой кишки. При выполнении оперативного вмешательства необходимо учитывать не только локализацию опухоли в толстой кишке и стадию развития заболевания, но и степень компенсаторных возможностей кишки, длительность возникшего осложнения, а также возраст больных, состояние жизненно важных органов и систем. Резекция кишки с опухолью с одномоментным восстановлением непрерывности кишечной трубки при острой obturационной непроходимости является трудной задачей. Показания к формированию анастомоза при этом резко ограничиваются многими исходными факторами.

Анализ послеоперационного периода у больных с острой obturационной кишечной непроходимостью показал, что количество, тяжесть и характер осложнений зависят от первоначально избранной консервативной и хирургической тактики.

Одним из возможностей расширения показаний к первичной резекции кишки с последующим восстановлением кишечной непрерывности, по нашему мнению, является формирование инвагинационного межкишечного анастомоза, который позволяет избежать несостоятельности и следующих за этим осложнений. Данная методика анастомозирования была выполнена у 34 больных с obturационной кишечной непроходимостью. Всего в двух случаях (1 — после резекции сигмовидной кишки, 1 — после левосторонней гемиколэктомии) отмечались явления анастомозита, потребовавшие проведение с помощью

фиброколоноскопа двухпросветного зонда выше анастомоза. Зонд удалялся на 3-5 сутки после операции. Других осложнений мы не наблюдали.

Выводы.

1. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака толстой кишки.

2. При выполнении оперативного вмешательства необходимо учитывать не только локализацию опухоли в толстой кишке и стадию развития заболевания, но и степень компенсаторных возможностей кишки, длительность возникшего осложнения, а также возраст больных, состояние жизненно важных органов и систем.

3. Формирование инвагинационного межкишечного соустья при обтурационной кишечной непроходимости позволяет расширить показания к наложению первичного анастомоза.

4. При гнойно-воспалительных осложнениях, перфорации опухоли оптимальным видом хирургического вмешательства является резекция пораженного сегмента без восстановления непрерывности кишечного тракта.

Литература

1. Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск: Беларусь 1980. - 427 с.
2. Яицкий Н.А. Хирургическая тактика при осложненном клиническом течении рака ободочной кишки: Дисс. ... д-ра мед. наук. 1982.
3. Думанский Ю.В., Башеев В.Х., Семиков Н.Г. Результаты хирургического лечения рака толстой кишки у больных пожилого и старческого возраста // Клиническая хирургия. - 1989.- № 2. - С. 21 - 24.
4. Ахмадулинов М.Г. Экспериментальная оценка способов наложения кишечных швов в условиях непроходимости кишечника // Хирургия. - 1992. - № 4. С. 80 - 83.
5. Ерюхин И.А., Петров В.Н., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. - Спб.: - Питер, - 1999. - 448 с.
6. Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г., Каланов Р.Г. Миниинвазивные хирургические технологии в хирургической тактике травматических абдоминальных повреждений (клинико-экспериментальное исследование). Здоровоохранение Башкортостана. - Спец. выпуск «Труды Ассоциации хирургов Республики Башкортостан за 2000 г».- № 1.- С. 7 - 9.
7. Федоров А.В., Сажин А.В. Лапаро - и реллапароскопия в диагностике и лечении послеоперационных осложнений // Хирургия. - 2003. - №3 - С. 73 - 75.
8. Ганцев Ш.Х., Важенин А.В., Рахматуллина И.Р. Анализ показателей заболеваемости, смертности и выживаемости при раке ободочной кишки // Российский онкологический журнал. - 2005. - №4. - С. 21 - 22.
9. Барсуков Ю.И., Кныш В.И. Современные возможности лечения колоректального рака // Современная онкология. - 2006. - №2. С. 6 — 7.
10. Вашакмадзе Л.А. Результаты циторедуктивных операций у больных колоректальным раком с отдаленными метастазами // Актуальные вопросы колопроктологии. - Материалы второго съезда колопроктологов России. - Уфа, 2007. - С. 233 — 234.
11. Ганцев Ш.Х. Мультиорганная хирургия // Медицинский Вестник Башкортостана. - 2008. - №4. - С. 9 — 13.
12. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2008 г. (заболеваемость и смертность). - М.: ФГУ, «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий». - 2010. - 256 с.
13. Martin A.V., Fasba M.L., Denis P.P. Rev cuba Cir 1981; 20: 4: 303 — 309

Хирургическая тактика при острой обтурационной кишечной непроходимости.

Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Ахметов И.Х. Кафедра хирургических болезней
ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России.

Актуальность.

Среди хирургических заболеваний органов брюшной полости острая кишечная непроходимость (ОКН) является одной из наиболее актуальных в неотложной хирургии брюшной полости [1, 2, 5, 6, 8, 9].

Различие форм кишечной непроходимости, сложность патогенетических механизмов, известные трудности диагностики характерных признаков заболевания, а также ограниченность сроков установления диагноза и выработки тактического решения определяют высокие требования к организации хирургической помощи [3, 4, 10].

Проблема лечения осложненного колоректального рака занимает в настоящее время значительное место в хирургической практике [2, 5, 11]. При осложненном раке толстой кишки хирургическая тактика зависит от локализации опухоли, вида осложнения, состояния больного и общепринятых тактических установок, которые часто предусматривают завершение оперативного вмешательства формированием колостомы [7, 9, 13]. Наиболее частым и тяжелым осложнением колоректального рака является острая кишечная непроходимость [2, 3, 6, 12, 13].

Сложность операции в условиях выраженного спаечного процесса и переполнения содержимым кишечных петель создают угрозу перфорации и развитию тяжелых осложнений в послеоперационном периоде [5, 10].

При этом частота послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность остается достаточно высокой и достигает по данным разных авторов 15 – 50% [1, 5, 9]. Гнойно-воспалительные осложнения после операций выполненных на фоне острой кишечной непроходимости составляют 38 – 80% [7, 8, 11].

Цель исследования:

Целью настоящего исследования является усовершенствование методики наложения межкишечного анастомоза при осложненных формах течения рака толстой кишки.

Материал и методы:

Нами проведен анализ хирургического лечения 202 больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью, поступивших в хирургические отделения № 1 и №2 городской клинической больницы № 8 за 2006 — 2010 г. Среди пациентов мужчин было 73, женщин 129. В подавляющем большинстве больные пожилого и старческого возраста, доставленные в стационар по экстренным показаниям с клинической картиной острой обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Преобладание женщин было значительным (63,8%). Больных, возраст которых был старше 60 отмечено в 137 случаях (67,8%), что говорит о геронтологической значимости проблемы. Острую обтурационную кишечную непроходимость диагностировали с учетом клинической картины заболевания, данных анамнеза, результатов физикального, рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового методов обследования.

Результаты и обсуждение:

Характер оперативного вмешательства в большей степени определялся не только локализацией опухоли и выраженностью изменений кишечной стенки в проксимальных от опухоли отделах, но и характером возникших осложнений и наличием различных сопутствующих заболеваний которые значительно ограничивали показания к радикальному лечению. Существенное значение в выборе метода и вида операции имела давность возникшей непроходимости. По нашим данным, за исследуемый период в первые 24 часа с момента возникновения острой обтурационной непроходимости госпитализировано всего лишь 31 (14%) больной. Наибольшее количество поступивших больных - 62 (29%), было до 48 часов. Примерное число больных поступило на 3 -и сутки и позже - 54 (25%) и 53 (25%) соответственно. С более продолжительным анамнезом непроходимости — 16(7%) больных.

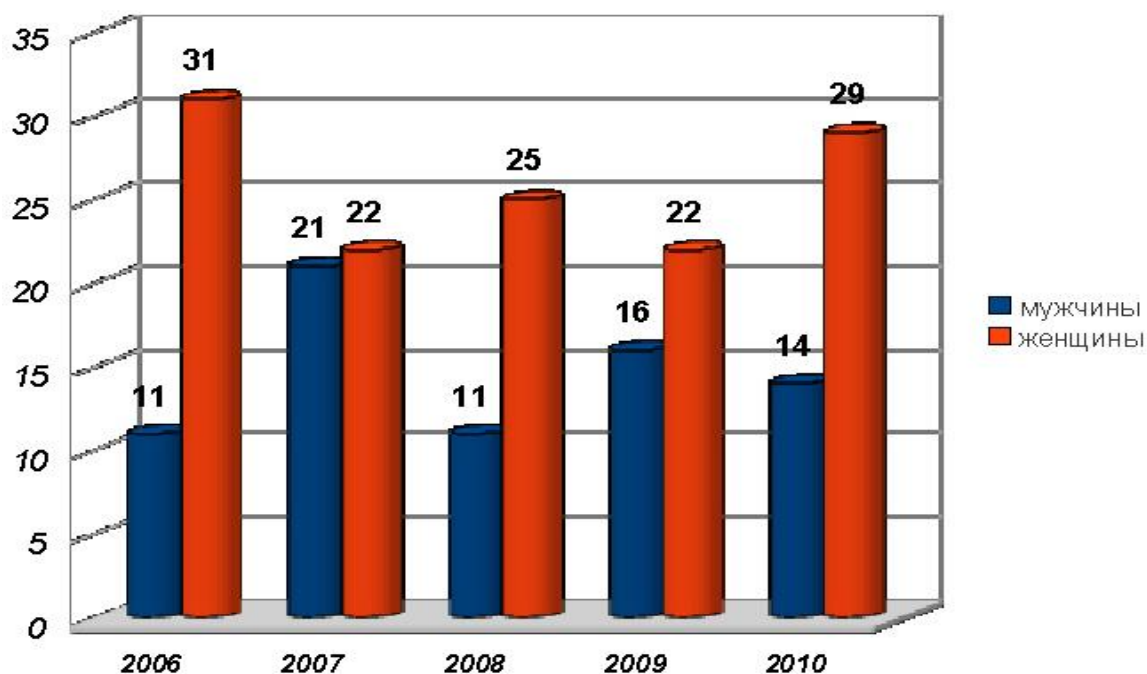


Рис.1 Распределение больных с ОКН по полу.

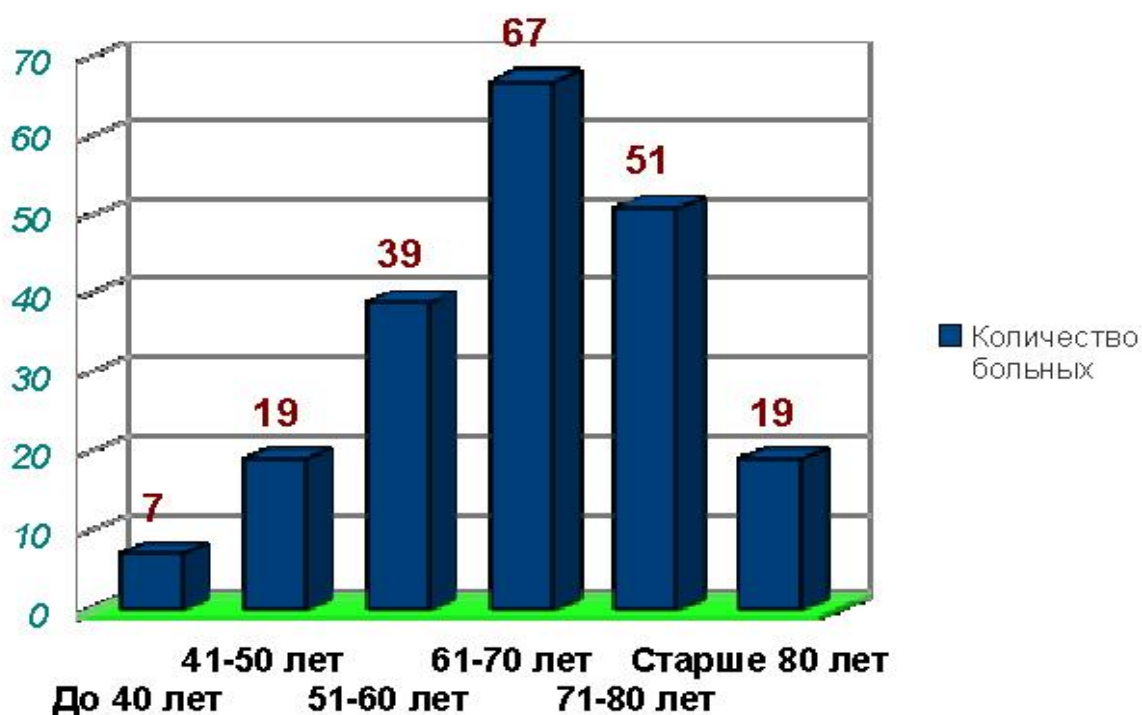


Рис.2 Распределение больных с ОКН по возрасту.

По локализации опухолевого процесса больные распределились следующим образом: слепая кишка - 14(7,0%), восходящий отдел и печеночный изгиб ободочной кишки — 15 (7,4%), опухоли поперечной ободочной кишки — 8 (3,9 %), селезёночный изгиб и нисходящий отдел — 33 (16,3 %), сигмовидная кишка — 70 (34,6 %), ректосигмоидный отдел толстой кишки — 34 (16,8 %),

опухоли прямой кишки — 27 (13,3 %). При этом, у двух пациентов выявлен первично-множественный синхронный рак толстой кишки. Необходимо отметить что, кроме опухолевых заболеваний непосредственно толстой кишки, также отмечалась обтурационная непроходимость в 2х случаях опухолями терминального отдела подвздошной кишки и у 8-и больных опухолями матки и придатков. В одном наблюдении опухоль желудка с прорастанием в поперечную ободочную кишку с последующим развитием острой кишечной непроходимости.

Табл. 1

Опухолевые заболевания, обусловившие острую кишечную непроходимость за 2006 – 2010гг.

п/п	Локализация опухоли	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
1	Опухоли слепой кишки	1	8	2	2	1	14
2	Опухоли восходящего отдела и печеночного изгиба толстой кишки	2	3	4	4	2	15
3	Опухоли поперечной ободочной кишки	-	2	2	2	2	8
4	Нисходящий отдел ободочной кишки	7	5	3	6	12	33
5	Опухоли сигмовидной кишки	17	12	14	11	16	70
6	Ректосигмоидный отдел толстой кишки	8	7	7	8	4	34
7	Опухоли прямой кишки	6	6	4	5	6	27
8	Опухоль желудка с прорастанием в поперечно-ободочную кишку	1	-	-	-	-	1
	ИТОГО	42	43	36	38	43	202

Характер оперативного вмешательства в большей степени определялся не только локализацией опухоли и выраженностью изменений кишечной стенки в проксимальных от опухоли отделах, но и характером возникших осложнений и наличием различных сопутствующих заболеваний которые значительно ограничивали показания к радикальному лечению. Существенное значение в выборе метода и вида операции имела давность возникшей непроходимости. По нашим данным, за исследуемый период в первые 24 часа возникновения острой обтурационной непроходимости госпитализировано всего лишь 31 (14%) больной. Наибольшее количество поступивших больных - 62 (29%), было до 48 часов. Примерное число больных поступило на 3 -и сутки и позже - 54 (25%) и 53

(25%) соответственно. С более продолжительным анамнезом непроходимости — 16(7%) больных.

Вид операций представлен в таблице 2.

Табл. 2

Объём хирургических вмешательств больным с острой обтурационной
кишечной непроходимостью за 2006 — 2010 гг.

№	Виды операций	2006	2007	2008	2009	2010	Итого
1	Правосторонняя гемиколэктомия с формированием анастомоза	2	3	4	4	3	16
	Правосторонняя гемиколэктомия с наложением стомы	1	2	1	4	1	9
2	Резекция поперечной ободочной кишки формированием анастомоза	-	-	-	-	2	2
	Резекция поперечной ободочной кишки с наложением стомы	-	2	1	2	1	6
3	Левосторонняя гемиколэктомия с формированием анастомоза	2	1	-	-	2	4
	Левосторонняя гемиколэктомия с наложением стомы	2	2	4	-	6	14
4	Резекция сигмовидной кишки с формированием анастомоза	2	2	2	1	4	11
	Резекция сигмовидной кишки с наложением стомы	9	10	10	6	6	41
5	Резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с формированием анастомоза	1	3	1	1	1	7
	Резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с наложением стомы	3	4	5	3	4	19
6	Резекция прямой кишки с формированием анастомоза	-	-	-	-	1	1
	Резекция прямой кишки с наложением стомы	2	-	-	-	-	2
7	Илеостомия (без резекции)	3	5	2	2	1	14
8	Колостомия (без резекции)	14	9	6	15	11	56
Всего		42	43	36	38	43	202

У 41 (20,3 %) больного выполнены радикальные операции с резекцией кишки и наложением анастомоза. При формировании анастомоза предпочтение отдавалось завершением операции созданием межкишечного соустья по типу

«конец в конец». В наших наблюдениях их было 34. В остальных 7 случаях межкишечное соустье было сформировано по типу «бок в бок» или «конец в бок». Резекции кишки с наложением концевой стомы выполнены у 91 (45,0 %) больных поступивших с острой obturационной толстокишечной непроходимостью. Остальным 70 (34,6%) больным с IV стадией заболевания, у которых кишечная непроходимость имела декомпенсированный характер на фоне выраженных полиорганных нарушений, выполнены паллиативные операции в виде наложения разгрузочной илеостомы (в 14 наблюдениях) или двустольной колостомы (56 больных).

Послеоперационные осложнения возникли у 82 (40,6%) больных. Количество и характер послеоперационных осложнений представлены в таблице 3.

Табл. 3

Структура и характер послеоперационных осложнений у больных с острой obturационной толстокишечной непроходимостью.

№ п/п	Осложнения	2006	2007	2008	2009	2010	Итого
1	Несостоятельность анастомоза	2	1	2	1	1	7
2	Нагноение послеоперационной раны	2	5	6	4	7	24
3	Парастомические гнойные осложнения	5	3	4	6	3	21
4	Сердечно-сосудистые осложнения	2	2	1	1	3	9
5	Бронхо-легочные осложнения	3	2	6	5	2	18
6	Тромбозмболические	1	-	1	1	-	3
ВСЕГО		15	13	20	18	16	82

Несостоятельность анастомоза в 5 случаях привели к развитию распространенного калового перитонита с летальным исходом. Причиной несостоятельности, по нашему мнению, явилось завышение показаний к формированию первичного анастомоза. В этих случаях целесообразно на первом этапе операцию завершить формированием разгрузочной колостомы. Более половины всех осложнений имеют гнойно-воспалительный характер в послеоперационной ране и в области наложенной стомы (54,9%). Исходные сопутствующие заболевания сердечно-легочной системы у больных преклонного и старческого возраста послужили основанием у 27 (33,0%) больных развитию

тяжелых осложнений и в большинстве привели к летальному исходу (умерло 19 больных). Во всех 3 наблюдениях тромбоза ветвей легочной артерии закончились неблагоприятно.

В раннем послеоперационном периоде от осложнений умерло 30 больных (общая послеоперационная летальность — 14,8%). Структура послеоперационной летальности по годам представлена в таблице 4.

Табл. 4

Послеоперационная летальность больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью за 2006-2010гг.

Общее кол-во больных	2006	2007	2008	2009	2010	Всего:	
	Умерло					n	%
202	11	5	3	6	5	30	14,8

Таким образом, острая обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака толстой кишки. При выполнении оперативного вмешательства необходимо учитывать не только локализацию опухоли в толстой кишке и стадию развития заболевания, но и степень компенсаторных возможностей кишки, длительность возникшего осложнения, а также возраст больных, состояние жизненно важных органов и систем. Резекция кишки с опухолью с одномоментным восстановлением непрерывности кишечной трубки при острой обтурационной непроходимости является трудной задачей. Показания к формированию анастомоза при этом резко ограничиваются многими исходными факторами. Анализ послеоперационного периода у больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью показал, что количество, тяжесть и характер осложнений зависят от первоначально избранной консервативной и хирургической тактики. Одним из возможностей расширения показаний к первичной резекции кишки с последующим восстановлением кишечной непрерывности, по нашему мнению, является формирование инвагинационного межкишечного анастомоза, который позволяет избежать несостоятельности и следующих за этим осложнений. Данная методика анастомозирования была выполнена у 34 больных с обтурационной кишечной непроходимостью. Всего в двух случаях (1 — после резекции сигмовидной кишки, 1 — после левосторонней гемиколэктомии) отмечались явления анастомозита, потребовавшие проведение с помощью

фиброколоноскопа двухпросветного зонда выше анастомоза. Зонд удалялся на 3-5 сутки после операции. Других осложнений мы не наблюдали.

Выводы:

1. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым и тяжелым осложнением рака толстой кишки.
2. При выполнении оперативного вмешательства необходимо учитывать не только локализацию опухоли в толстой кишке и стадию развития заболевания, но и степень компенсаторных возможностей кишки, длительность возникшего осложнения, а также возраст больных, состояние жизненно важных органов и систем.
3. Формирование инвагинационного межкишечного соустья при обтурационной кишечной непроходимости позволяет расширить показания к наложению первичного анастомоза.
4. При гнойно-воспалительных осложнениях, перфорации опухоли оптимальным видом хирургического вмешательства является резекция пораженного сегмента без восстановления непрерывности кишечного тракта.

Литература.

1. Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П. И др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск: Беларусь 1980. - 427 с.
2. Яицкий Н.А. Хирургическая тактика при осложненном клиническом течении рака ободочной кишки: Дисс. ... д-ра мед. наук. 1982.
3. Думанский Ю.В., Башеев В.Х., Семиков Н.Г. Результаты хирургического лечения рака толстой кишки у больных пожилого и старческого возраста // Клиническая хирургия. - 1989.- № 2. - С. 21 - 24.
4. Ахмадулинов М.Г. Экспериментальная оценка способов наложения кишечных швов в условиях непроходимости кишечника // Хирургия. - 1992. - № 4. С. 80 - 83.
5. Ерюхин И.А., Петров В.Н., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость.: Руководство для врачей. - Спб.: - Питер, - 1999. - 448 с.
6. Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г., Каланов Р.Г. Миниинвазивные хирургические технологии в хирургической тактике травматических абдоминальных повреждений (клинико-экспериментальное исследование). Здравоохранение Башкортостана.- Спец. выпуск «Труды Ассоциации хирургов Республики Башкортостан за 2000 г».- № 1.- С. 7 - 9.
7. Федоров А.В., Сажин А.В. Лапаро - и реллапароскопия в диагностике и лечении послеоперационных осложнений // Хирургия. - 2003. - №3 - С. 73 - 75.
8. Ганцев Ш.Х., Важенин А.В., Рахматуллина И.Р. Анализ показателей заболеваемости, смертности и выживаемости при раке ободочной кишки // Российский онкологический журнал. - 2005. - №4. - С. 21 - 22.
9. Барсуков Ю.И., Кныш В.И. Современные возможности лечения колоректального рака // Современная онкология. - 2006. - №2. С. 6 — 7.
10. Вашакмадзе Л.А. Результаты циторедуктивных операций у больных колоректальным раком с отдаленными метастазами // Актуальные вопросы колопроктологии. - Материалы второго съезда колопроктологов России. - Уфа, 2007. - С. 233 — 234.
11. Ганцев Ш.Х. Мультиорганная хирургия // Медицинский Вестник Башкортостана. - 2008. - №4. - С. 9 — 13.
12. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2008 г. (заболеваемость и смертность). - М.: ФГУ, «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий». - 2010. - 256 с.
13. Martin A.V., Fasba M.L., Denis P.P. Rev cuba Cir 1981; 20: 4: 303 — 309

Неотложная хирургия болезни Крона.

Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Ибатуллин А.А., Биганяков Р.Я., Лопатин В.М., Валиева Э.К. Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России

Актуальность.

Несмотря на появление новых высокоэффективных препаратов для лечения болезни Крона, которые призваны стать базисом лечения больных с данным заболеванием, хирургическое лечение применяется примерно у половины больных. Целью хирургического метода лечения остается борьба с возникшими осложнениями заболевания и улучшение качества жизни пациентов. У части больных возникает необходимость в многократных резекциях, которые могут приводить к развитию синдрома “короткой” кишки (Воробьев Г.И., 2006 г.). Кроме того, в последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости болезнью Крона. Таким образом, низкая эффективность консервативной терапии, частые рецидивы после хирургического лечения по сложности лечения этих больных, высокому уровню неудовлетворительных результатов, ставят болезнь Крона в один ряд с онкологическими заболеваниями.

Материал и методы.

В отделении колопроктологии ГКБ №21 г. Уфы в 2004-2010 гг. находилось на стационарном лечении 32 больных с болезнью Крона. Средний возраст пациентов составил 41,3 года. Женщин было 19 (59,4%), мужчин 13 (40,6%).

По протяженности поражения в 9 случаях (28,1%) отмечено изолированное поражение тонкой кишки, у 11 больных (34,4%) процесс локализовался в толстой кишке, в 12 случаях (37,5%) было выявлено сочетание поражения тонкой и толстой кишки.

В связи с отсутствием эффекта от проводимой консервативной терапии, и развитием осложнений 16 больным (50%) было выполнено хирургическое вмешательство, из них 7 пациентов (43,8%) оперировано по экстренным показаниям.

Результаты и их обсуждение.

В этом разделе мы решили продемонстрировать собственный опыт хирургического лечения болезни Крона, выполненного по экстренным и срочным показаниям.

Больная поступила в стационар с подозрением на острый аппендицит. На операции была диагностирована Болезнь Крона аппендикса и слепой кишки (рис.

1). В данном случае оперативное лечение ограничилось дренированием брюшной полости, а проведенный курс консервативной терапии позволил достичь ремиссии.

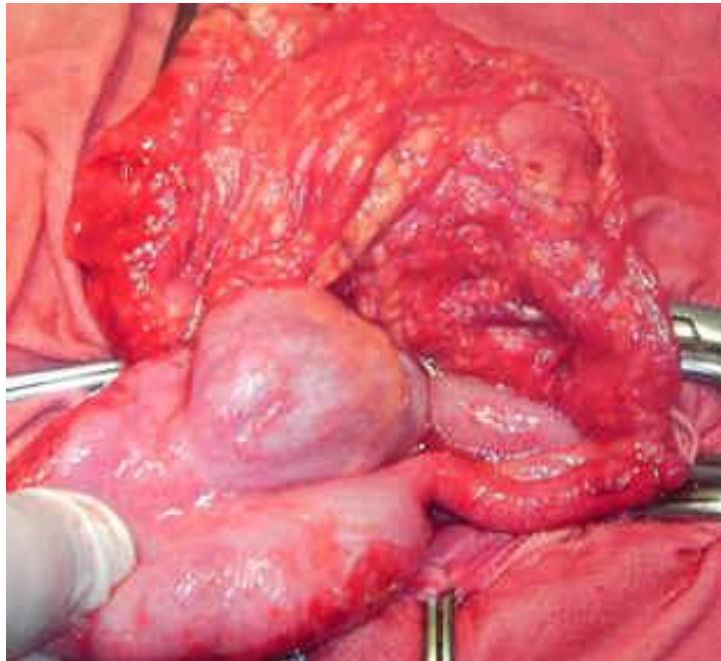


Рис. 1 Болезнь Крона аппендикса и слепой кишки.

В следующем случае терминальный илеит осложнился развитием абсцесса, в связи с чем была выполнена резекция илеоцекального отдела в пределах здоровых тканей с формированием первичного илеоасцендоанастомоза (Рис. 2).



Рис. 2 Макропрепарат больного терминальным илеитом осложненным абсцессом.

При исследовании макропрепарата со стороны слизистой подвздошной кишки были обнаружены глубокие язвы (рис. 3) в сочетании с дивертикулом Меккеля (рис. 4).

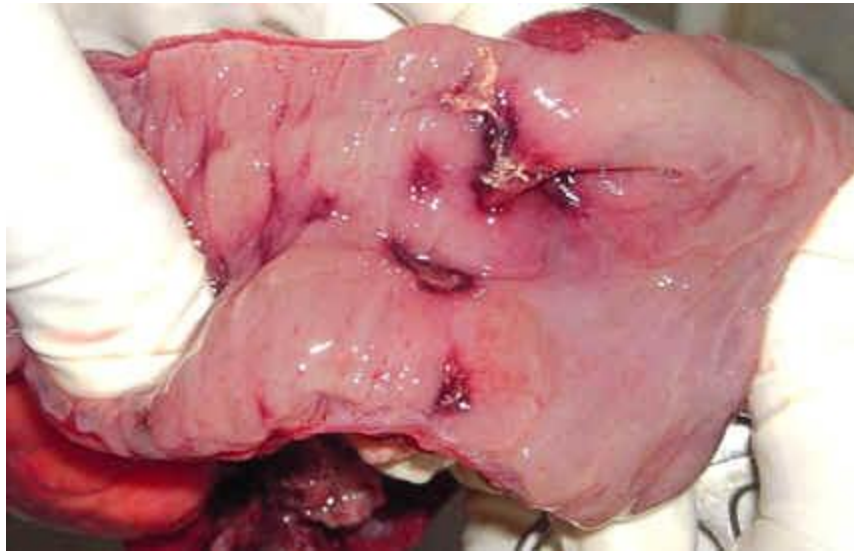


Рис.3 Глубокие язвы слизистой подвздошной кишки.

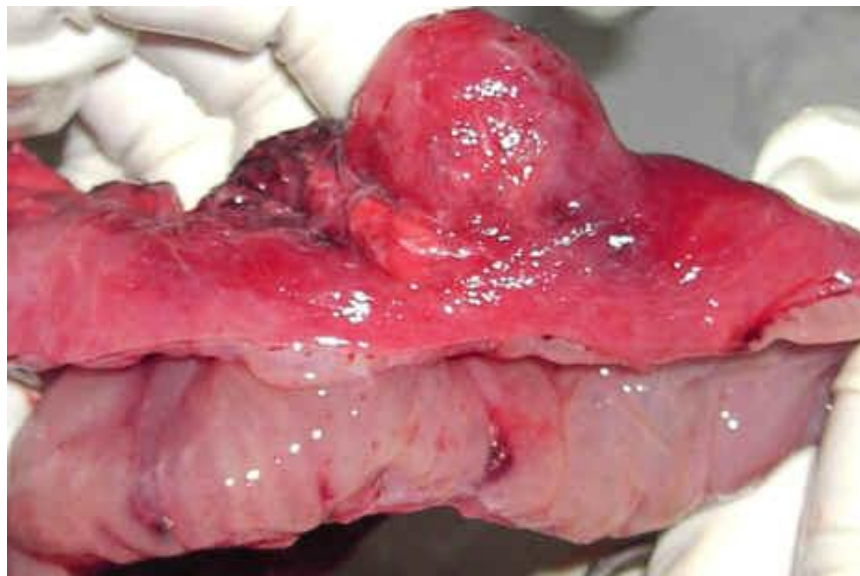


Рис. 4. Дивертикул Меккеля.

Следующий пример демонстрирует также случай хирургического лечения пациента с терминальным илеитом с полной стриктурой тонкой кишки с формированием подвздошно-аппендикулярного свища, посредством которого у больного осуществлялся пассаж содержимого (рис. 5).

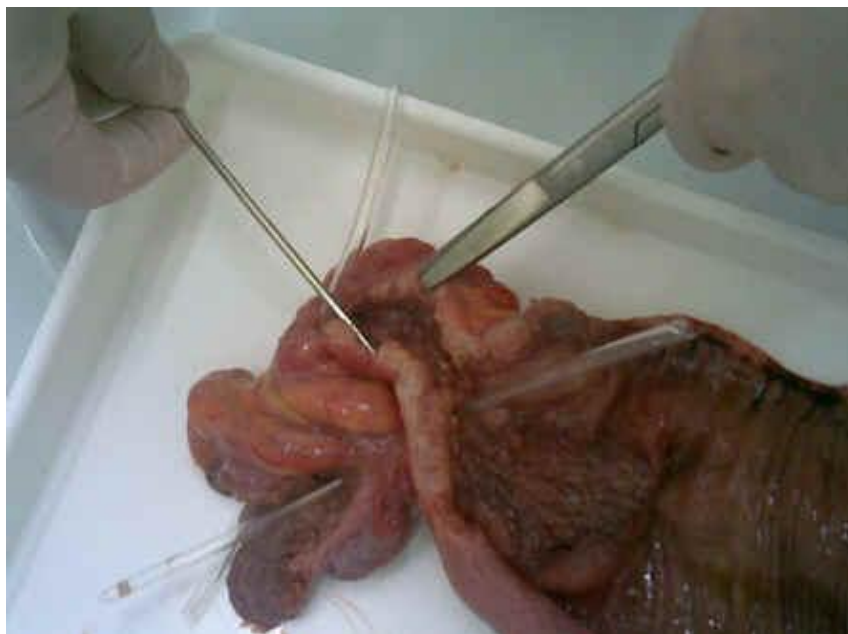


Рис. 5. Макропрепарат больного терминальным илеитом с полной стриктурой тонкой кишки с формированием подвздошно-аппендикулярного свища.

В следующем случае терминальный илеит осложнился развитием флегмоны кишки. Пораженный сегмент при этом составил 20 см терминального отдела подвздошной кишки, в связи с чем также была выполнена резекция илеоцекальной зоны с первичным анастомозом, на макропрепарате определялись глубокие щелевидные язвы с развитием флегмоны. Терминальный илеит осложненный острой кишечной непроходимостью, демонстрировал четкую границу поражения с расширением приводящей петли тонкой кишки (рис. 6).

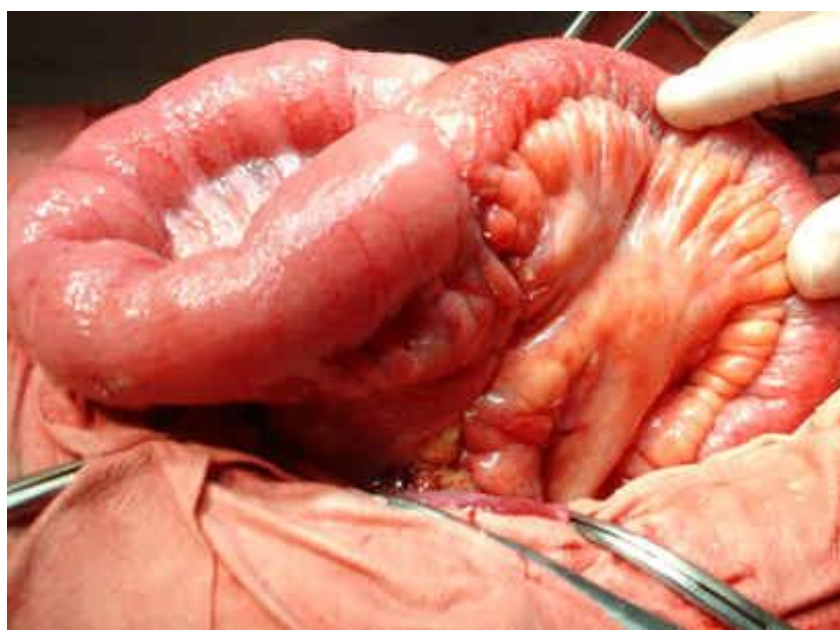


Рис. 6 Терминальный илеит, осложненный острой кишечной непроходимостью.

В данном случае выполнена только резекция тонкой кишки с формированием первичного анастомоза. На слизистой макропрепарата определялась выраженная инфильтрация стенки кишки, полное отсутствие просвета за счет отека с изменением слизистой по типу «булыжной мостовой» (рис. 7).



Рис. 7 Слизистая макропрепарата с болезнью Крона.

Инфильтративная форма БК с преимущественным поражением купола слепой кишки у молодого человека 27 лет осложнилась острой кишечной непроходимостью. Не исключалась онкологическая патология, по поводу чего пациент был направлен в онкологический центр. Однако обследоваться больным не стал и поступил повторно с клиникой острой кишечной непроходимости. Во время операции удалось выделить инфильтрат из окружающих тканей, была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с анастомозом. Гистологически болезнь Крона была подтверждена.

Одной пациентке была выполнена субтотальная колэктомия с илестомой по Бруку по пододу тотального поражения толстой кишки (рис. 8). Больная была оперирована в связи с кровотечением и подозрением на перитонит, во время операции выявлена прикрытая перфорация слепой кишки прядью сальника.



Рис. 8 Удаленный макропрепарат после субтотальной колэктомии.

В ряде случаев, формируются необратимые перианальные изменения при анальной форме БК.

В последние годы увеличивается количество больных, нуждающихся в хирургическом лечении. Если в течении исследуемых 7 лет из 32 больных с БК за последние 2 года соотношение оперированных и консервативных больных составило 7 к 4, а за предыдущие 5 лет 9 к 12.

Соотношение плановых операций к экстренным и срочным было в первые 5 лет исследования было 5 к 4, а в последние 2 года - стало 2 к 5, т.е. отмечается неуклонный рост заболеваемости БК с увеличением осложненных форм, требующих неотложных хирургических вмешательств.

У 11 (68,8% случаев) из 16 оперированных после операции не отмечено рецидивов.

Выводы.

Таким образом, своевременное хирургическое вмешательство позволило почти в 70% выполнить радикальное лечение с резекцией пораженного участка. Своевременно начатое правильное консервативное лечение болезни Крона

позволяет избежать развития осложнений и тем самым избежать операции. Осложненное течение Болезни Крона при отсутствии эффекта от проводимой терапии является показанием для выполнения хирургического вмешательства. Сегментарное поражение илеоцекальной зоны является показанием для выполнения радикальной операции, вопрос о первичном анастомозе должен решаться индивидуально. При поражениях прямой кишки и тяжелой форме болезни Крона предпочтительнее операции отключения (наложение илео-колостомы). Все пациенты с БК должны находиться на диспансерном наблюдении с проведением противорецидивных курсов лечения. Применение лапароскопической техники при осложненной болезни Крона возможно, однако подход должен быть индивидуальным.

**Результаты лечения больных паховыми грыжами по материалам клиники
факультетской хирургии и ГКБ № 21.**

Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М., Гарифуллин Б.М.,
Тугушев К.К., Сахабутдинов А.М. Кафедра факультетской хирургии с курсом
колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России

Актуальность.

Грыжесечение при паховых грыжах остается одной из распространенных хирургических патологий и занимает 3 место по количеству операций (8-24% от всех операций в обще-хирургическом стационаре). В общей структуре наружных грыж живота паховые грыжи составляют 50,7-75%. Несмотря на значительный прогресс в хирургическом лечении пациентов с паховыми грыжами, связанный с внедрением передовых хирургических технологий, уровень рецидивов остается стабильно высоким и составляет в среднем 6,9-28,5%. Количество рецидивов увеличивается до 30% у лиц пожилого и старческого возрастов и при операциях по поводу ущемленной и рецидивной грыж [1-4]. Причинами рецидивов являются применение нерациональных, патогенетически необоснованных методов герниопластики, технические дефекты операции, чрезмерное натяжение сшиваемых тканей, ослабление задней стенки пахового канала с разрушением тканевой структуры поперечной фасции и нарушение метаболизма синтеза коллагена как компонента экстрацеллюлярной матрицы и заболевания соединительной ткани [5-7]. Об актуальности проблемы лечения грыж свидетельствует наличие обществ герниологов РФ, которое регулярно проводит специализированные конгрессы и выпускает журнал «Герниология».

Целью исследования явился анализ хирургической деятельности у больных с паховыми грыжами в отделении абдоминальной хирургии ГКБ №21 г.Уфы за последние 10 лет. В связи со спецификой госпитализации, больные оперированные экстренно в отчет не вошли, т.к. они госпитализируются в другое хирургическое отделение. Проблеме лечения паховых грыж и внедрению новых хирургических технологий мы уделяли всегда (рис. 1), поэтому немаловажным аспектом исследования является определение места современных технологий в хирургическом лечении паховых грыж.

Место эндохирургии в оперативном лечении паховых грыж

В.Г. САХАУТДИНОВ, О.В. ГАЛИМОВ, Е.И. СЕНДЕРОВИЧ, Ю.Н. ГОЛОЛОБОВ, М.В. ТИМЕРБУЛАТОВ, М.А. НУРТДИНОВ

The place of endosurgery in operative management of groin hernias

V.G. SAKHAUTDINOV, O.V. GALIMOV, E.I. SHENDEROVICH, YU.N. GOLOLOBOV, M.V. TIMERBULATOV, M.A. NURTDINOV

Кафедра хирургических болезней № 2 Башкирского государственного медицинского университета, Уфа

Проведен сравнительный анализ интра- и послеоперационных результатов лечения 89 больных с паховыми грыжами при использовании лапароскопического трансабдоминального преперитонеального способа и других методов герниопластики. Показано преимущество "ненатяжных" методов пластики перед традиционными, обусловленное этиопатогенетической обоснованностью лапароскопической методики реконструкции задней стенки пахового канала. Определены показания и противопоказания, выявлены недостатки и преимущества для каждого из существующих методов герниопластики. Описаны некоторые технические приемы при выполнении лапароскопической герниопластики, направленные на снижение количества послеоперационных осложнений и снижение стоимости расходных материалов. Дифференцированный подход к каждому пациенту позволяет выбрать индивидуальную тактику оперативного лечения, что обеспечивает рациональное использование каждой методики с хорошими отдаленными результатами.

Ключевые слова: лапароскопическая герниопластика.

The article gives a comparative analysis of intra- and postoperative results of treatment of 89 patients with groin hernias using laparoscopic transabdominal preperitoneal method and other methods of hernioplasty. The advantage of "non-tension" methods of plasty over traditional was shown, that could be explained by etiopathogenic rationale of laparoscopic reconstruction of the posterior wall of the inguinal canal. The indications and contraindications were determined, as well as advantages and disadvantages of each form of all used methods. Some technical maneuvers of laparoscopic hernioplasty are described, directed to lowering of postoperative complication rate and disposable materials cost. Differentiated approach to every patient allows the correct choice of individualized strategy of operative treatment, giving the rational usage of the method with good distant results.

Key words: laparoscopic hernioplasty.

Endosc Hir. 2001; 6: 36—39

Рис. 1. Статья в журнале «Эндоскопическая хирургия» за 2001 год.

Материал и методы.

В хирургическом отделении МУ ГKB №21 за 10 лет (2001-2010гг.) в плановом порядке при грыжах живота выполнено 2874 операций. В т. ч. операций при паховой грыже сделано 1649, что составляет 57,4%. Из них пластика местными тканями (ТГ – традиционное грыжесечение) произведена в 346 случаях (21%), открытая протезирующая герниопластика (ОПГ) по Лихтенштейну – в 789 (47,8%), лапароскопическая герниопластика (ЛГ) – в 514 (31,2%). Операции по поводу двухсторонних паховых грыж выполнены 187 больным (11,3%). ОПГ – 103, ЛГ – 74 и ТГ – у 10 больных. При выполнении двухсторонних герниопластик более предпочтительным является выполнение лапароскопической операции, т.к. при этом операция производится из тех же доступов. Сочетанные операции чаще выполнялись при лапароскопических операциях (холецистэктомия, орхидэктомия

при крипторхизме) и операциях по Лихтенштейну (вентральные грыжи). Как видно из рис. 2, количество оперированных больных с наружными грыжами живота за последние 10 лет прогрессивно увеличивается. Причина этого, в первую очередь, увеличение заболеваемости грыжами. Кроме того, определенную роль в этом сыграло увеличение участка обслуживания больницы.

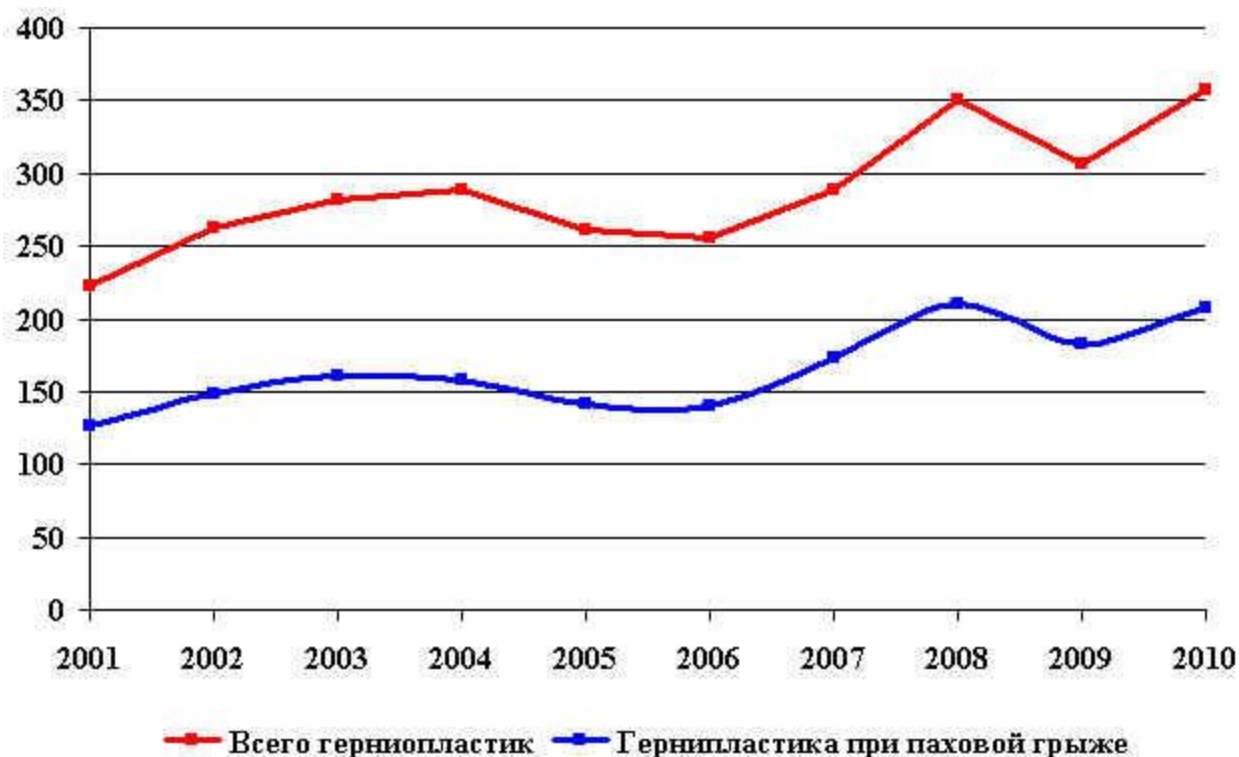


Рис. 2 Оказание хирургической помощи больным с грыжами живота с 2001 по 2010гг.

Сравнительный анализ структуры выполненных операций при паховых грыжах за 2001 и 2010 годы продемонстрировал значительное увеличение доли ЛГ (с 15% до 36%) и ОПГ (с 22% до 44%) операций за счет уменьшения доли ТГ (с 63% до 20%). Можно предположить, что такая тенденция будет продолжаться, с преимущественным ростом доли лапароскопических операций.

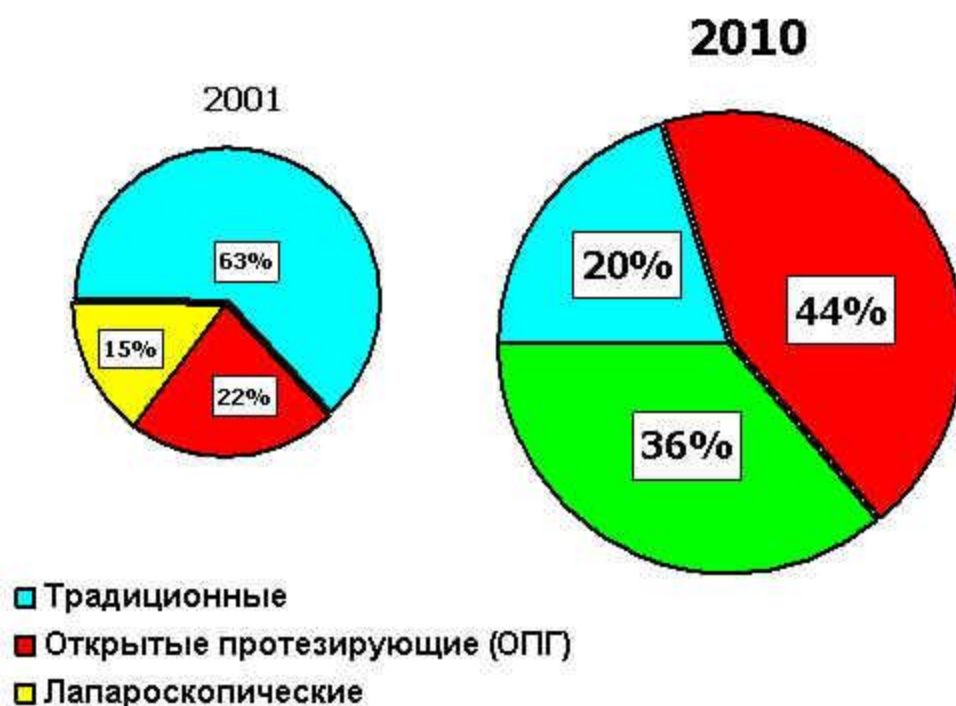


Рис. 3 Структура операций при паховых грыжах в 2001 и 2010 гг.

Показательным также является распределение пациентов по возрасту, в зависимости от выполненной операции (рис. 5). Если у больных, которым была выполнена ТГ средний возраст составил $36,6 \pm 5,6$ лет, то в группе больных после ЛГ средний возраст составил $47,4 \pm 6,8$ лет, а в группе ОПГ – $58,5 \pm 8,1$ лет. Следовательно, пластика местными тканями преимущественно выполнялась пациентам молодого возраста, лапароскопические герниопластики – пациентам среднего возраста, а операции Лихтенштейна – пациентам пожилого и старческого возрастов.

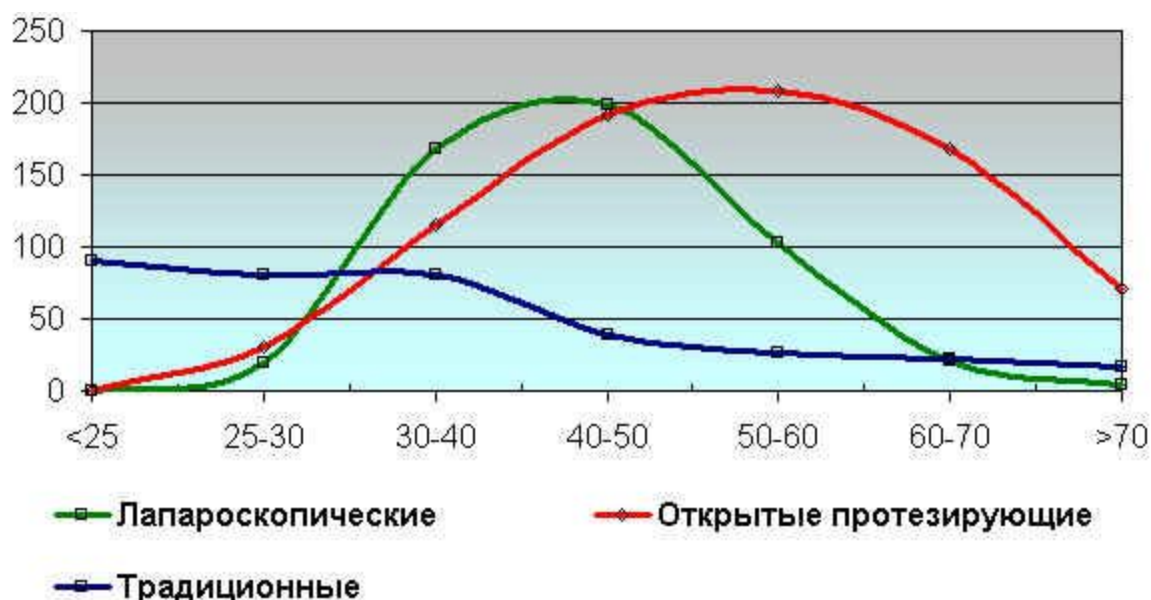


Рис. 4 Распределение оперированных больных по возрасту.

Также проанализированы ряд показателей интра- и послеоперационного периода. Длительность операции составила соответственно $54,2 \pm 8,3$, $52,3 \pm 9,8$ и $41,4 \pm 8,5$ минут в группах ЛГ, ОПГ и ТГ. Необходимо отметить специфические осложнения лапароскопических операций. В 2 случаях отмечено повреждение нижних эпигастральных сосудов, которое не потребовало изменения хода операции. В одном случае отмечено повреждение тонкой кишки с развитием перитонита при ушивании брюшины, по поводу чего больной был впоследствии оперирован. В одном случае отмечено повреждение толстой кишки вследствие туннелизации коагуляционного тока, в связи с чем больному была сформирована сигмостома. Водянка семенного канатика отмечена у 3 пациентов. Один из пациентов был оперирован, в других случаях жидкость удалось ликвидировать повторными пункциями. Конверсии (переход на открытую протезирующую операцию) были выполнены 4 больным. Причинами конверсии явились обширный спаечный процесс в зоне оперативного вмешательства (1) и большие скользящие грыжи с обширным замещением грыжевого мешка сигмовидной кишкой. Количество рецидивов оценить довольно сложно, т.к. довольно много больных обращается по поводу рецидивов в другую клинику в надежде на лучший исход. Так по данным Клиники БГМУ и находящейся на ее базе кафедры госпитальной хирургии за неопределенный срок они прооперировали 14 больных с рецидивами паховых грыж, ранее оперированных в нашей клинике. Примерно половина больных оперированных нами по поводу рецидивных грыж была оперирована не в нашей клинике. Тем не менее, большинство больных, все же обращается в ту же клинику. Большинство оперированных больных с рецидивами грыж перенесли ранее пластику местными тканями. Отмечено 6 рецидивов после открытой протезирующей пластики, в т.ч. у 3 – после повторной операции. При анализе причин рецидивов выявлено, что во всех случаях грыжа выходила медиальнее сетки, над лонным бугорком. Мерой профилактики данного осложнения является более тщательная фиксация сетки в медиальном направлении. После лапароскопических операций рецидив отмечен у 4 пациентов. Причинами рецидивов явилось миграция сетки ввиду ее недостаточной фиксации на этапах освоения методики. Кроме того, операции ушивания внутреннего пахового кольца (Nyhus) продемонстрировали свою несостоятельность и привели к рецидиву во всех 3 случаях. Длительность послеоперационного периода и нетрудоспособности была значительно ниже в группе лапароскопических операций ($4,1 \pm 0,5$ и $10,4 \pm 2,3$

суток) чем после открытых протезирующих (5,7±0,8 и 16,3±4,6 суток) и традиционных (8,2±0,9 и 26,8±8,5 суток).

Опыт выполнения различных видов оперативных пособий при паховых грыжах позволил определить сравнительные преимущества и недостатки каждого из методов. Лапароскопические операции отличаются наличием четких видимых анатомических ориентиров, хорошая визуализация операционного поля, малая травматичность, ранняя медицинская и социальная реабилитация, патогенетическая обоснованность операции, возможность сочетанных операций и двухсторонних грыжесечений. К недостаткам этих операций можно отнести необходимость общего обезболивания с использованием миорелаксантов, напряженный карбоксиперитонеум, высокая стоимость оборудования, интра-абдоминальные манипуляции. Наиболее дорогостоящим разовым оборудованием является инструментарий для фиксации сетки. С этой целью нами применяется отечественный герниостейплер Гера-5, который зарекомендовал себя с положительной стороны и отличается низкой стоимостью расходного материала. С накоплением опыта выполнение лапароскопической операции при паховой грыже технически несложно.

Открытые протезирующие операции отличаются низкой травматичностью вследствие ненатяжности пластики, местное или проводниковое обезболивание, благоприятное течение послеоперационного периода, быстрая медицинская и социальная реабилитация пациентов, патогенетическая обоснованность операции, техническая простота и универсальность методики. К условным недостаткам операции относим наличие послеоперационной раны (в отличие от лапароскопического доступа), возможность возникновения рубцовых стриктур вокруг семенного канатика. Традиционные аутопластические операции технически просты и универсальны, могут выполняться под местной анестезией, не оставляют в тканях имплантат. Основным же недостатком этих операций остаются значительное натяжение сшиваемых тканей, длительный период реабилитации, ограничения нагрузки и как следствие высокий уровень рецидивов.

Хотя мы и публиковали ранее показания и противопоказания и алгоритм выбора к различным методам оперативного лечения паховых грыж, позволим себе повториться (табл. 1).

Табл. 1

Показания и противопоказания к различным методам оперативного лечения паховых грыж.

Виды операций	Показания	Противопоказания
Лапароскопические	Трудоспособный возраст (25-60 лет), мужской пол, двухсторонние грыжи, небольшие и средние размеры грыжевых ворот	Перенесенные ранее операции на нижнем этаже брюшной полости, рецидивные гигантские пахово-мошоночные грыжи, выраженная сердечно-сосудистая и дыхательная патология, сочетание с водянкой яичка
Открытые протезирующие	Пожилой и старческий возраст пациентов, рецидивные, большие и гигантские, пахово-мошоночные грыжи	Молодой возраст пациентов
Традиционные	Молодой возраст пациентов, врожденные грыжи, женский пол, образовательные цели	Нет

Как показывает опыт, лапароскопическую операцию можно выполнить практически во всех случаях. Операции при гигантских грыжевых мешках, когда появляются значительные трудности в выделении грыжевого мешка, операция становится травматичной, длительной, но все же выполнимой. Однако, по нашему мнению, целесообразность ее выполнения ограничивается названными выше показаниями. В этих случаях операция будет выполнена быстро, методично, без осложнений и отдаленных неблагоприятных последствий. Также для выбора метода операции целесообразно использовать всемирно признанную классификацию Nyhus.

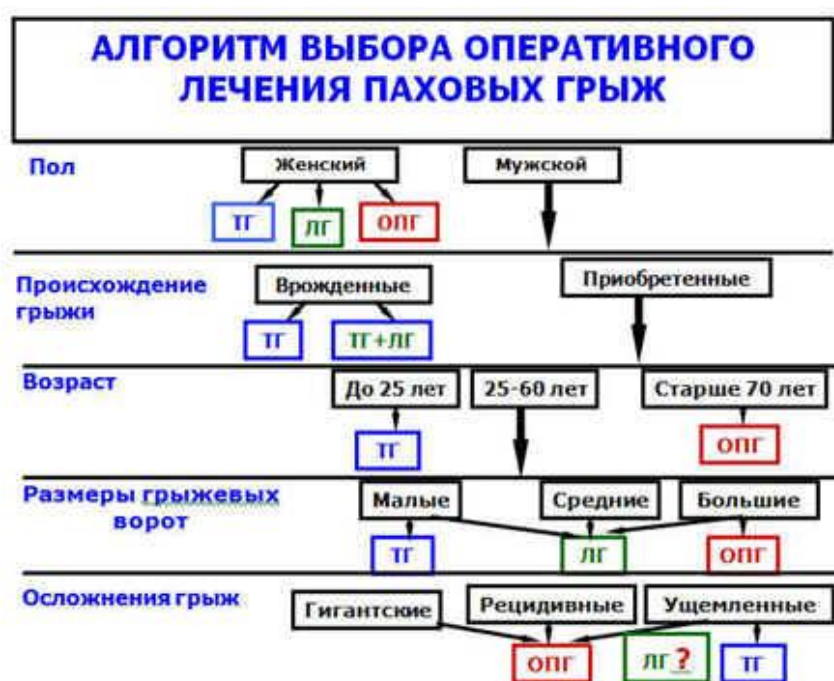


Рис. 6. Алгоритм выбора оперативного лечения паховых грыж.

Заключение.

Таким образом, дифференцированный подход позволяет выбрать индивидуальную тактику оперативного лечения, что обеспечивает рациональное использование каждой методики с хорошими отдаленными результатами. Соотношение оперативных вмешательств неуклонно смещается в сторону лапароскопических операций, что связано со значительными преимуществами перед традиционными методиками герниопластик, связанных с этиопатогенетическими факторами развития паховых грыж и снижением уровня рецидивов. При грыжесечениях по поводу осложненных грыж, у пожилых пациентов, несомненными преимуществами обладает метод открытой протезирующей герниопластики по принципу I. Lichtenstein, обеспечивающий отличные отдаленные результаты. Традиционные методы герниопластики также остаются в арсенале хирурга и применяются у пациентов молодого возраста, при небольших грыжевых дефектах.

Литература.

1. Борисов А.Е. с соавт., Вестн. хирургии, 2006.
2. Егиев В.Н., Чижов Д.В., Герниология, 2004.
3. Корнилаев П.Г., Феоктистов Д.В., Шавалеев Р.Р., 2005.
4. Нестеренко Ю.А., Сайбулаев С.А., Хирургия, 2008.
5. Amid P.K., Lichtenstein I.L., Chirurg, 1997.
6. Read R.S., Hernia, 1998.
7. Stadelmann W.K. et al., Am.J.Surg., 1998.

Современные подходы в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита.

Тимербулатов В.М., Кунафин М.С., Мехдиев Д.И., Шамилов Р.Р., Гареев Р.Н.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ

Минздравсоцразвития России

Актуальность.

Рост заболеваемости острым панкреатитом в настоящее время остается актуальным и в особенности рост числа больных деструктивными формами заболевания, которые ассоциируются с частым развитием гнойно – септических осложнений. Данная тенденция наблюдается с восьмидесятых годов прошлого столетия, когда доля деструктивных форм острого панкреатита составляла 15%, затем к девяностым годам повысилась до 20% и к 2010 году достигла 35% (Савельев В.С., 2001; Сажин В.П. и соавт., 2002; Толстой А.Д. и соавт., 2000; Пугаев А.В., 2007). Сохраняется высокая летальность (30—60% или 2,08 на 1000 населения) и летальность в ведущих клиниках до 23%. С развитием миниинвазивной хирургии эти методы стали широко и активно применяться в диагностике и лечении панкреонекроза. Однако обоснование показаний к применению миниинвазивных методик, необходимость их и сроки их осуществления, объем производимой операции до сих пор бесспорно четко не определены.

Так по срокам применения по мнению некоторых исследователей, лапароскопия является 100% обязательным лечебно-диагностическим методом при панкреонекрозе (Карпов О.Э., 2008; Стойко Ю.М., 2007; Нестеренко Ю.А., 2007). Лапароскопия позволяет оценить степень ферментативного поражения брюшной полости, состояние поджелудочной железы, дренировать брюшную полость и сальниковую сумку, сформировать холецистостому. Преимуществами этого вмешательства является малая травматичность и небольшая продолжительность (в среднем около 40 мин).

Рациональное использование малотравматичных методов лечения панкреонекроза – это на сегодня актуальная проблема, если учесть, что при таком заболевании, как панкреонекроз, больные поступают в тяжелом состоянии, обусловленным наиболее частым ферментативным, панкреатогенным шоком.

Выполнение в подобной ситуации любых радикальных вмешательств сопровождается высоким уровнем летальности. Малая инвазивность и постоянно

растущие возможности эндовидеохирургии позволяют внести новые положения в тактику ведения больных панкреонекрозом.

Показаниями к лапароскопии считают проведение дифференциальной диагностики перитонита различной этиологии, а также верификацию формы клинически диагностированного панкреонекроза, дренирование (лаваж) брюшной полости при ферментативном перитоните, выполнение лапароскопической холецистостомии при билиарной гипертензии.

В нашей клинике накоплен более чем десятилетний опыт различных хирургических вмешательств при панкреонекрозе.

Материалы и методы.

Нами проведен анализ результатов лечения 415 больных с панкреонекрозом за период с 1994 по 2010 г.г.

1 группа 1994-1998 до применения миниинвазивных методик

2 группа 1999-2003 этап освоения миниинвазивных методик

3 группа 2004-2010 этап усовершенствования миниинвазивных методик.

Соотношение мужчин и женщин составляло 68,8% и 31,2%. Больных старше 50 лет было 53,8%. Ретроспективный анализ историй болезни оперированных больных за период 1994-1998 годы показал, что основным видом хирургического вмешательства в лечении деструктивного панкреатита являлась широкая лапаротомия. В этот период в терминологии придерживались классификации В.С. Савельева. Доля миниинвазивных операций за этот период составляла 4,5% (диагностическая лапароскопия). Выполнение широкой лапаротомии и ранних дренирующих операций при жировом, геморрагическом и смешанном панкреонекрозах (В.С. Савельев) т.е. при неинфицированных формах деструктивного панкреатита, недостаточная и неадекватная антиферментная терапия препаратами типа контрикал и гордокс отразились в высоком проценте гнойных осложнений до 91,6%, и летальности до 51%.

Мы считаем, что применение широких доступов при стерильном панкреонекрозе до 1998 года являлось ошибкой и не должна применяться к больным в настоящее время.

Общее количество больных в нашей клинике панкреонекрозом с 1994 по 2010 год составило 415 больных. Из них 309 больных со стерильным панкреонекрозом и 156 больных с инфицированным панкреонекрозом.

Табл.1

Распределение больных с панкреонекрозом.

Методы лечения	1994-1998	1999-2003	2004-2010
	n-147	n-102	n-216
Стерильный панкреонекроз			
Неинфицированный панкреонекроз, панкреатогенный шок	72 (48,8%)	69 (67,6%)	168 (77,7%)
Консервативная терапия	Посиндромная терапия с применением антиферментов типа гордокса и контрикала	Посиндромная терапия с применением антиферментов типа октреотид, сандостатин	Посиндромная терапия с длительным применением антиферментов типа октреотид, сандостатин, Соматулин
Вид операции	Лапаротомия, санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости 65 (90,2%)	Лапароскопия, санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости 54 (78,2%)	Лапароскопия, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости 128 (75,5%)
Процент инфицирования после операции	55 (91,6%)	21 (38,8%)	46 (35,9%)
Вид повторной операции	Релапаротомия, Люмботомия. 27 (49%)	Релапароскопия, минилапаротомия, лапаротомия, люмботомия 9 (42,8%)	Комбинированные миниинвазивные операции (релапароскопия, минилапаротомия, оментобурсостомия, ретроперитонеоскопия), лапаротомия. 12 (26%)
Инфицированный панкреонекроз			
Инфицированный панкреонекроз, ретроперитонит	75 (51,2%)	33 (32,35%)	48 (22,2%)
Вид операции	Лапаротомия, санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости.	Комбинированная миниинвазивная операция (лапароскопическая санация, дренирование брюшной полости; минилапаротомия и оментобурсостомия; лапаротомия, оментобурсостомия, санация и дренирование брюшной полости.	Комбинированная миниинвазивная операция (лапароскопическая санация, дренирование брюшной полости; минилапаротомия и оментобурсостомия; ретроперитонеоскопия, санация и дренирование забрюшинного пространства, лапаротомия, оментобурсостомия, санация и дренирование брюшной полости.
Число больных, оперированных повторно	16 (21,3%)	5 (15,1%)	6(12,5%)

За период с 1999 по 2003 год производилось внедрение миниинвазивных технологий в лечении панкреонекроза. Была внедрена диагностическая лапароскопия как начальный хирургический этап при панкреонекрозе. В течение этого периода в клинике были внедрены технические приемы по выполнению лапароскопической оментобурсоскопии. Произошел практически полный отказ от выполнения широкой лапаротомии при стерильных формах панкреонекроза.

Лапароскопию выполняли при выявлении жидкости в брюшной полости и отсутствии положительной динамики и отрицательных результатах при тонкоигольной пункционной биопсии ткани поджелудочной железы.

За этот период в терминологии начали придерживаться международной классификации деструктивного панкреатита (Атланта, 1992), что позволило, обосновано патогенетически проводить все диагностические и хирургические

мероприятия. На основе миниинвазивных диагностических и хирургических технологий и методов консервативной терапии была разработана программа последовательности диагностических и хирургических мероприятий при деструктивном панкреатите (рис. 1).

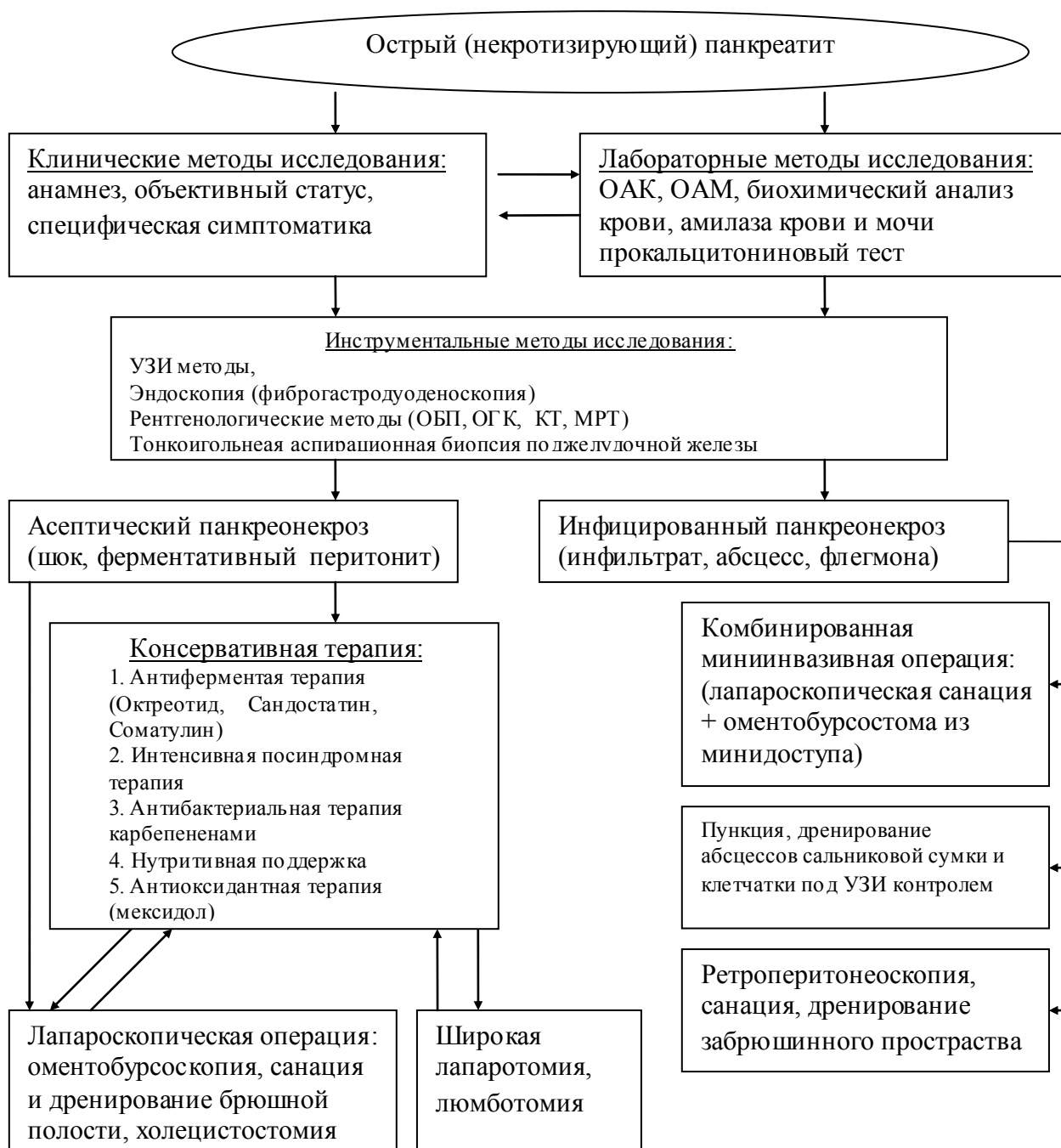


Рис.1. Программа последовательности диагностических и хирургических мероприятий при деструктивном панкреатите.

В нашей клинике основным методом оценки распространенности ретроперитонита является ультразвуковая диагностика и компьютерная

томография. Усовершенствованный диагностический алгоритм включал КТ ОБП до 3 суток заболевания, по показаниям и МРТ брюшной полости.

Результаты КТ мы оценивали в соответствии с классификацией патологических изменений в паренхиме ПЖ, парапанкреатической и забрюшинной клетчатке по Balthazar (1994) с 2004 года.

В соответствии с этой классификацией различные варианты изменений в парапанкреатической клетчатке соотносили с 5 категориями, объем некроза в паренхиме поджелудочной железы в зависимости от результатов КТ – с 4 категориями (рис.2).

КТ индекс	КТ, баллы	КТ ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ ПО BALTHAZAR
A	0	Нормальная ПЖ
B	1	Локальное/диффузное увеличение ПЖ + гиподенсивные включения с нечеткими контурами, расширение панкреатического протока
C	2	Значительные изменения ткани ПЖ (B) + воспалительные изменения в перипанкреатической клетчатке
D	3	Вышеуказанные изменения (C) + единичные жидкостные образования вне ПЖ
E	4	D + два или более жидкостных образований или газ в панкреатической/перипанкреатической области
Площадь некроза ПЖ, %		
Нет	0	Однородное увеличение ПЖ
<30%	2	Некроз не превышает размеров головки ПЖ
30-50%	4	Некроз более 30% но меньше 50%
>50%	6	Площадь некротического поражения превышает 50% ПЖ
Индекс тяжести = сумма баллов (A-E) + площадь некроза		

Рис.2 Интерпретация результатов КТ.

Табл. 2

Распределение больных по шкале Balthazar.

Стерильный панкреонекроз.		
Количество баллов	Число больных, абс.	Прогнозируемое число осложнений, %
<3	88	5
4-6	54	8
7-10	26	11
Инфицированный панкреонекроз		
<3	8	1
4-6	19	3
7-10	21	13

На основе разработанной программы последовательности диагностических и хирургических мероприятий при деструктивном панкреатите с 2004 по 2010 в основе лечения панкреонекроза придерживались принципа консервативной

максимальной терапии и отказ от активной хирургической тактики. Целью разработанного алгоритма являлась этапность применения диагностических и миниинвазивных вмешательств при соответствующей форме деструктивного панкреатита.

Данный алгоритм соответствует принятым в 2000 году в Киеве и в 2004 году в Санкт-Петербурге Протоколам диагностики и лечения острого панкреатита. В них подробно определен перечень необходимых диагностических методов, показания и виды оперативного лечения для каждого вида панкреонекроза в зависимости от стадии и сроков заболевания. Кроме того в разработке были учтены материалы Академии последипломного образования г.Москвы (профессор Мумладзе).

Таким образом:

1-этап. Панкреонекроз в стадии панкреатогенного шока и асептического некроза старались лечить максимально консервативно с использованием современных антиферментных препаратов: отечественного производства Октреотид, зарубежных препаратов – Сандостатин, Соматулин. Дренирующие операции в этих фазах, считаем фактором способным привести к инфицированию. Помимо антиферментной терапии применяем антибиотики (цефалоспорины 3 и 4 поколения, 1-2 считаем неэффективными); наиболее эффективными антибиотиками считаем карбапенемы; а также проводим посиндромную интенсивную терапию с применением антиоксидантов типа мексидола.

Основной подход заключается не подготовке к операции – а в радикальном излечении благодаря эффективной консервативной терапии.

Для восстановления моторики кишечника выполняли эндоскопическую установку энтерального зонда в нисходящую горизонтальную часть ДПК или за связку Трейца с проведением нутритивной поддержки.

2-этап. Применение миниинвазивных вмешательств. При отсутствии положительной динамики в течение 12 – 24 часов при асептическом некрозе при прогрессировании панкреатогенного шока и ферментативного перитонита производили диагностическую лапароскопию, оментобурсоскопию. Устанавливали дренаж в сальниковую сумку. Дополнительно дренировали боковые каналы и малый таз. Холецистостома накладывалась только при желчной гипертензии или гипербилирубинемии. Холецистостома накладывалась при лапароскопии - транспеченочная, в редких случаях обычная - на основе 5 или 10 мм дренажной

трубки. Необходимость в выполнении лапароскопической холецистостомии составила 12% в случаях желчной гипертензии. В послеоперационном периоде проводим интенсивную терапию с применением октреотида, сандостатина, антибиотиков карбопенемов и мексидола.

Выполнение дренирующих операций из широких доступов, абдоминализации поджелудочной железы и других необоснованных манипуляций считаем фактором дополнительным инфицирования.

3 этап при инфицированном панкреонекрозе выполняется хирургическое дренирование с учетом локализации инфицированных отделов. Признаками инфицирования по данным УЗИ и КТ органов брюшной полости является инфильтрат забрюшинной клетчатки (88%), лихорадка (96%), динамическая ОКН (63%).

При выявлении признаков инфицирования забрюшинной клетчатки производили минилапаротомию и накладывали оментобурсостому. При отсутствии затеков дренировали сальниковую сумку и забрюшинное пространство через оментобурсостому активными двумя трубчатыми дренажами и перчаточным дренажом. Секвестры удаляли только свободно лежащие. Это касалось как поджелудочной железы, так и ретроперитонеальной клетчатки из-за опасности развития кровотечения.

При инфицировании забрюшинной клетчатки хирургические вмешательства в сроки до 10 суток неэффективны и опасны, скопления жидкости, видимые на УЗИ с большой долей вероятности являются инфильтратом. Поэтому при отсутствии патологической жидкости на пункции необходимо отказаться от активной хирургической тактики и продолжить консервативную терапию. Миниинвазивные вмешательства при флегмоне забрюшинной клетчатки необходимо выполнять в сроки 2-3 недель, при подтверждении методами УЗИ и КТ после выполнения пункции.

У больных с ограниченными скоплениями инфицированной жидкости, проводили пункционное лечение. Методика заключалась в предварительной пункции скопления патологической жидкости забрюшинного пространства под контролем УЗИ. В случае инфицированности, также под УЗИ контролем через 15 мм люмбальный разрез устанавливали 10 мм лапароскопический троакар, эвакуировали гной забрюшинного пространства; затем при помощи лапароскопа производили ревизию и осуществляли санацию с эвакуацией секвестрированных фрагментов жировой клетчатки. Устанавливали активные дренажи двумя

трубками. Ежедневно производили промывание дренажей на перевязках 3-4 раза в сутки.

В послеоперационном периоде при инфицированном панкреонекрозе отмечалась длительная гипертермия 38-39С. Наряду с общей проводимой терапией активно применяем инфузии СЗП и альбумина. Оментобурсостома и ретроперитонеостомы заживают вторичным натяжением.

Средняя продолжительность лечения больных в стационаре при комплексном лечении с применением современных антиферментных препаратов миниинвазивных методов хирургического лечения значительно сократилась и не превышает 28 койко-дней. При инфицированном панкреонекрозе среднее время пребывания в стационаре уменьшилось и составило 50 койко-дней. Летальности при стерильном панкреонекрозе за последние пять лет не было. Летальность за период 1999-2003 г.г при инфицированном панкреонекрозе составила 28,9%. Летальность в 2004-2010 (18%).

Выводы.

1. Разработанная на основе классификации (Атланта, 1992) и миниинвазивных методов программа последовательности диагностических и хирургических мероприятий при деструктивном панкреатите позволила улучшить результаты лечения больных с деструктивным панкреатитом, снизить летальность до 28,9% в период 1999-2003 г.г, а в последние годы (2004) до 18 %, что значительно ниже литературных данных.
2. Основной акцент в лечении панкреонекроза это комплексная консервативная терапия с применением современных антиферментных препаратов (октреотид, сандостатин и др.), антибактериальной терапии, посиндромной терапии, нутритивной поддержки. Широкая лапаротомия и активные хирургические вмешательства при стерильном панкреонекрозе не должны выполняться.
3. Обоснованное применение миниинвазивных методик позволило улучшить результаты хирургического лечения больных с инфицированным панкреонекрозом и его забрюшинными осложнениями.

Литература.

1. Савельев В.С. Комплексное лечение панкреонекроза (дискуссия)/ Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р.// *Анналы хир. Гепатологии.* – 2000. №5. С.61 – 66.
2. Сажин В.П. Лапароскопическая диагностика и лечение острого панкреатита /Авдовенко А.Л., Юищев В.А., Сахин А.В., Климов Д.Е., Карлов Д.И.// *Хирургия.* – 2002.№11. С. 34 – 37.
3. Толстой А.Д. Деструктивный панкреатит и парапанкреатит / Красногоров В.Б., Сопия Р.А.- Спб.: Гиппократ. 1999. 126 с.

4. Пугаев А.Л. Влияние малоинвазивных вмешательств на коррекцию трофического статуса и на результаты лечения больных с гнойно – некротическими осложнениями гнойного панкреатита / Ачкасов Е.Е., Волков В.С., Посудневский В.И., Харин А.Л., Каменев А.В., Ерошкина Т.Д.// Сб. тез. XII Междунар. Конгресса хирургов – гепатологов России и стран СНГ. – 2006. С. 224.
5. Карпов О.Э. Лечебно – диагностическая программа при остром панкреатите / Левчук А.Л., Степанюк И.В // Научные труды - 2008. №1. С. 56 – 66.
6. Стойко Ю.М. Особенности диагностики, прогнозирования и комплексного лечения деструктивного панкреатита на ранних стадиях заболевания / Замятин М.Н., Левчук А.Л. // Вестник национального медико – хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2006. С. 86 – 91.
7. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Лаптев В.В., Михайлузов С.В. – 2007. С. 283 – 295.

Опыт применения лапароскопически мануально ассистированных (гибридных) операций на толстой кишке в Республике Башкортостан.

Хасанов С.Р., Каланов Р.Г., Васильков А.Ю., Канбеков Р.З., Хасанова Н.Ф., Губин Д.С., Мушарапов Д.Р., Гайсин Д.И.

Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных с заболеваниями толстой кишки.

Задачи. Внедрение лапароскопически мануально ассистированного (гибридного) метода при операциях на толстой кишке в клиническую практику отделения колопроктологии Республиканской клинической больницы.

Материалы и методы.

В Республиканской клинической больнице им. Г.Г.Куватова с 2008 г. при операциях на толстой кишке нами начато применение лапароскопически мануально ассистированного (гибридного) метода. Сущность метода заключается в том, что в дополнение к вводимым в брюшную полость троакарам при помощи специального устройства (лап-диск) вводится не доминантная рука, оперирующего хирурга через минилапаротомический разрез при сохранении стабильного карбоксиперитонеума. Доминантная рука при этом используется для манипулирования, в том числе стандартными лапароскопическими инструментами, которые вводятся в брюшную полость через стандартные троакары.

Результаты. В период 2008 по 2010 гг. в условиях колопроктологического центра РКБ выполнено более 30 операций эндовидеохирургическим методом. По поводу долихосигмы 8 больным выполнена лапароскопически ассистированная резекция сигмовидной кишки. При дивертикулярной болезни ободочной кишки 12 больным: 8 больным – лапароскопически ассистированная левосторонняя гемиколэктомия, 4 больным лапароскопически ассистированная резекция сигмовидной кишки. 8 больным восстановлена кишечная непрерывность после операции типа Гартмана, выполненных в связи с опухолью сигмовидной кишки. У 10 больных (4 больных с долихосигмой и 6 больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки) использован лапароскопически мануально ассистированный (гибридный) метод. Минилапаротомический порт устанавливался как запланированный и подготовительный этап операции, облегчающий выполнение трудоемкого вмешательства. Такой подход обеспечивал радикальное выполнение

больших по объему операций резекции кишки с соблюдением принципов малой травматичности.

В раннем послеоперационном периоде у всех больных после лапароскопических вмешательств в связи со снижением их травматичности отмечено уменьшение выраженности и продолжительности болевого синдрома, что позволяло у всех больных отказаться от применения наркотических анальгетиков и рано активизировать больных. Достигнуто существенное снижение числа осложнений. Из общего числа больных, у 1 пациента имел место воспалительный инфильтрат брюшной полости. Летальных исходов среди больных при выполнении лапароскопических операций не было. Несомненным преимуществом эндовидеохирургических вмешательств является также высокий косметический эффект, связанный с небольшими размерами ран на передней брюшной стенке.

Заключение.

Таким образом, применения мануально ассистированного (гибридного) эндовидеохирургического метода с использованием «руки помощника» в колопроктологической практике хирургического лечения больных с заболеваниями толстой кишки, свидетельствует о многих преимуществах метода перед открытыми традиционными хирургическими вмешательствами. Снижение степени травматичности эндохирургической операции, связанной с отсутствием широкого лапаротомного разреза, уменьшение интраоперационной кровопотери, прецизионности выполнения оперативного приема, обусловленной использованием эффекта увеличительной оптики, снижение степени выраженности болевого синдрома, обуславливают существенное сокращение сроков восстановительного периода реабилитации больного, что особенно ощутимо при выполнении лапароскопической операции на толстой кишке с ручным ассистированием – гибридной, мануально ассистированной операции.

Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии.

Хасанов С.Р., Каланов Р.Г., Канбеков Р.З., Мушарапов Д.Р., Васильков А.Ю.,
Губин Д.С., Гайсин Д.И., Хасанова Н.Ф.

ГУЗ Республиканская клиническая больница имени Г.Г Куватова, г. Уфа.

Актуальность.

Количество больных, оперированных на толстой кишке по поводу повреждений и различных заболеваний толстой кишки, обуславливающих необходимость выполнения обширных, травматичных оперативных вмешательств и в дальнейшем восстановительных хирургических вмешательствах неуклонно возрастает.

Восстановительные операции на толстой кишке имеют решающее значение для социально-трудовой реабилитации больных со стомой.

Цель.

Улучшение качества жизни больных, оперированных на кишечнике, оптимизация процесса их реабилитации.

Материалы и методы.

В Республике Башкортостан учтен богатый опыт Государственного Научного Центра колопроктологии Минздравсоцразвития РФ и Ассоциации колопроктологов России не только с точки зрения решения сугубо общественно-организационных проблем, но и механизмов непосредственного обеспечения техническими средствами и обучения ухода за стомами, перестройке образа и режима жизни на период существования стомы. Созданы стандарты реабилитационных мероприятий по обеспечению техническими средствами колостомированных больных в регионе с использованием опыта также других регионов страны.

Результаты и обсуждение. На базе отделения колопроктологии Республиканской клинической больницы в 2007 году открыт республиканский центр по реабилитации больных, перенесших операции на кишечнике.

На учете в Центре в настоящее время находятся 732 пациента с различными видами кишечных стом, 134 из них начали подготовку для проведения реконструктивно-восстановительных операций в 2009-2010 гг.

Центр выполняет функции головного учреждения Республики в системе службы медицинской реабилитации больных, перенесших операции на

кишечнике, координируя деятельность всех звеньев, в том числе по вопросам материально-технического, кадрового и информационного обеспечения, методики реабилитационного процесса. Центром осуществляются консультативная, лечебная, организационно-методическая работа, а также научные исследования по проблеме реабилитации стомированных больных.

Выводы.

Таким образом, организация и развитие республиканского Центра по реабилитации больных перенесших операцию на кишечнике позволит оптимизировать реабилитационный процесс, что призвано, в конечном итоге, улучшить качество жизни стомированного пациента, а концентрация пациентов в специализированном Центре позволяет улучшить результаты хирургического лечения.

Комбинированное лечение артериовенозных мальформаций.

Хамитов А.А., Мухамедьянов И.Ф., Кашаев М.Ш., Федоров С.В., Шаймуратов И.Х. Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа

Актуальность.

Первые упоминания артериовенозных фистул относятся к XVIII веку, когда В. Hunter в 1737 впервые опубликовал описание данного заболевания. Впоследствии данное заболевание в различное время описывали Klipfel и Trepanauy (1890), Weber (1907), С.Я. Рубашов (1928) и др. Однако, этиология артериовенозных мальформаций (АВМ) до сих пор остается невыясненной и малоизученной. В различное время существовали различные теории развития данного заболевания: опухолевая, травматическая, инфекционная, тератогенная и др. В настоящее время большинство исследователей склоняется к дизэмбриогенетической теории развития АВМ. Клиническая значимость заболевания не может вызывать сомнений, поскольку АВМ, как правило, приводит к грубым функциональным и анатомическим дефектам. Болевой синдром вследствие сдавления нервных стволов наблюдается 83,7% больных. Изменение длины и толщины конечности и, как следствие, нарушение осанки, деформация позвоночника – у 67%, варикозное расширение вен - у 59%, трофические язвы – 16,5%. Вследствие длительного постоянного артериовенозного сброса, увеличивается сердечный выброс, возникает дилатация полостей сердца и хроническая сердечная недостаточность у 50% пациентов.

Целью исследований является улучшение результатов хирургического лечения пациентов с врожденными артериовенозными мальформациями.

Материал и методы.

В 2000-2010 гг. в отделении сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова пролечено 65 пациентов (33 мужчины и 32 женщины) с артериовенозными мальформациями. С 2000 по 2007 гг. единственным методом лечения данных пациентов было – иссечение ангиоматозных тканей со скелетизацией, при необходимости, магистральных артерий. С 2008 г в практику внедрена ренгенэндоваскулярная эмболизация артериовенозных свищей. За 2008-2010гг выполнено 33 эмболизации у 14 пациентов с АВМ, которым впоследствии проведено иссечение мальформаций. У 2 пациентов с поражением дистальных отделов конечностей и 1 с поражением ветвей внутренней подвздошной артерии эмболизация была единственным методом лечения.

Целью эмболизации является максимальное устранение патологического артериовенозного сброса с минимальной ишемизацией неизмененных тканей. Подобное возможно только при селективной катетеризации и дистальной эмболизации артерий с патологическим сбросом. Окклюзия крупных афферентов спиралями эффективно только как дополнение к дистальной эмболизации, поскольку их изолированное использование малоэффективно и ведет к рецидиву артериовенозного сброса.

Преимуществами эмболизации являются:

1. возможность приостановить или замедлить прогрессирование заболевания;
2. возможность дистальной окклюзии АВМ и, как следствие, меньшая частота рецидивов;
3. меньшая кровопотеря при иссечении АВМ.

Показаниями к иссечению ангиоматозных тканей были:

1. рецидивирующие кровотечения;
2. быстрое рецидивирование после эмболизации;
3. большие объемы мальформации, с большим сбросом крови, влияющими на гемодинамику;
4. трофические расстройства;
5. выраженные косметические дефекты.

Иссечение мальформаций проводилось на 2-10 сутки после эмболизации, поскольку в эти сроки интраоперационно четко видна зона нарушенного кровообращения, а коллатерали еще не успевают открыться.

Результаты.

При анализе отдаленных (1 год и более) результатов лечения АВМ выявлено, что частота рецидивов при хирургическом лечении (скелетизация артерий+иссечение ангиоматозных тканей) составила 28,8%, а при предварительной эмболизации свищей снижается до 12,5%.

Выводы.

1. Дистальная эмболизация артериовенозных свищей перед иссечением АВМ позволяет сократить интраоперационную кровопотерю, устраняет необходимость увеличения объема операции (скелетизация артерий), уменьшает ишемизацию здоровых тканей.
2. Сочетанное применение рентгенэндоваскулярного и хирургического методов сокращает риск рецидива заболевания.

Литература.

1. Дан В.Н. Венозные ангиодисплазии нижних конечностей как причина хронической венозной недостаточности. Особенности диагностики и лечения // В.Н. Дан, С.В. Сапелкин, Г.Г. Кармазановский, Г.И. Кунцевич / Ангиология и сосудистая хирургия. – 2007. - № 2. – С. 151-155.
2. Дан В.Н. Современные классификации врожденных пороков развития сосудов (ангиодисплазий) // В.Н. Дан, А.И. Щеголев, С.В. Сапелкин / Ангиология и сосудистая хирургия. – 2006. - № 4. – С. 28-33.
3. Клиническая ангиология: Руководство / Под ред. А.В. Покровского. В двух томах. – М., 2004.
4. Хирургическая тактика при артериовенозных дисплазиях в зависимости от локализации и величины поражения // В.Н. Дан, Ю.Д. Волынский, Г.И. Куневич и др. // Кардиология. – 1990. - №12. – С. 43-46.
5. Lee V.B. Advanced management of congenital vascular malformations: a multidisciplinary approach. // V.B. Lee, J.J. Bergan / J. Cardiovasc. Surg. – 2002. – N 6. – P. 523-533.
6. Weber J. Techniques and results of the therapeutic catheter embolisation of congenital vascular defects // International angiology. – 1990. – Vol.9, N 3. – P. 214-223.

Отдаленные результаты транслюминальной баллонной ангиопластики при лечении критической ишемии нижних конечностей у больных с сахарным диабетом.

Мухамедьянов И.Ф., Фёдоров С.В., Дорофеев В.Д., Гумеров А.М. ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

Актуальность.

Прогноз при критической ишемии нижних конечностей (КИНК) наиболее драматичен, в документе TASC его сравнивают с исходами тяжелых злокачественных новообразований. Лишь половине пациентов с установленным диагнозом КИНК проводится реваскуляризация конечности, четверть пациентов получает консервативное лечение, остальным выполняется первичная ампутация бедра или голени. Эффективность консервативной терапии КИНК при сахарном диабете (СД) невелика: только в 40% случаев конечность может быть сохранена в течение первых 6-ти месяцев, 20% больных ожидает летальный исход, остальным будет выполнена большая ампутация. 50% порог смертности достигается уже ко второму году после усечения конечности [1]. Так, по данным Wolfe J.H. и Wyatt M.G. основанным на лечении более 6000 больных с КИНК при СД 95% с высоким риском (боли покоя или наличие язвы или гангрены) в течение одного года выполняется высокая ампутация [2].

Успешная реваскуляризация снижает частоту ампутаций у больных с СД. В настоящее время признается ведущая роль транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП) в лечении КИНК вызванной окклюзионно-стенотическим поражением артерий голени и стопы при СД [3]. ТЛБАП - это малотравматичное вмешательство, направленное на восстановление кровоснабжения в данном случае нижней конечности, которое выполняется в операционной под рентгеновским контролем. Первоначально ТЛБАП рассматривалась в качестве попытки сохранения конечности в безнадежных ситуациях: при высоком хирургическом риске, либо при отсутствии дистального русла, способного воспринять кровоток по шунту. Однако неоспоримые достоинства баллонной ангиопластики, а именно: низкая летальность и частота осложнений, возможность её многократного выполнения без увеличения уровня летальности, отсутствие необходимости в общей анестезии и восстановительном периоде после вмешательства были причиной того, что это направление успешно развивалось.

Появление новых методик баллонной ангиопластики, а также специализированного расходного инструментария для ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей существенно расширило возможности ТЛБАП, привело к улучшению непосредственных и отдаленных результатов [4]. На сегодняшний день в экономически развитых странах доля ТЛБАП при критической ишемии нижних конечностей составляет 80%, дистального шунтирования - 20% [5]. В России же только в единичных центрах выполняются шунтирующие вмешательства на артериях голени и стопы. Ангиопластика берцовых артерий является методом выбора при изолированном поражении артерий голени у больных КИНК, особенно у больных с диабетической стопой [1]. Международные рекомендации Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II, 2007), Международный консенсус по диабетической стопе 2007 года также рассматривают ТЛБАП в качестве метода выбора в лечении критической ишемии нижних конечностей [1, 3, 5, 6].

Таким образом, учитывая столь плохой прогноз у большинства пациентов, спасение конечности у больных СД при КИНК является спасением жизни, и эндоваскулярное лечение играет ведущую роль.

Цель исследования.

Оценить эффективность ТЛБАП артерий голени в лечении КИНК у больных СД.

Материал и методы.

С июня 2008-го по ноябрь 2011 года 82-м больным СД было проведено 98 ТЛБАП артерий голени при КИНК. Мужчин было 51 (62%), женщин 31 (38%) (Рис. 1). Средний возраст $64,8 \pm 7,8$ лет (Рис. 2). Ишемическая форма синдрома диабетической стопы - боли в покое, трофические нарушения тканей стопы наблюдались у всех пациентов. У 29 больных манифестация критической ишемии отмечалась после травмирования кожных покровов. 71,9% пациентов страдало ишемической болезнью сердца, 100%-гипертонической болезнью, 12,9%-перенесли нарушения мозгового кровообращения.

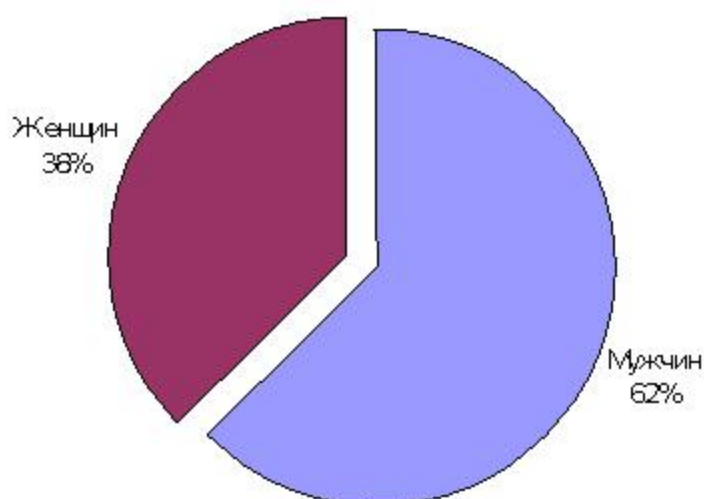


Рис.1 Распределение больных по полу.

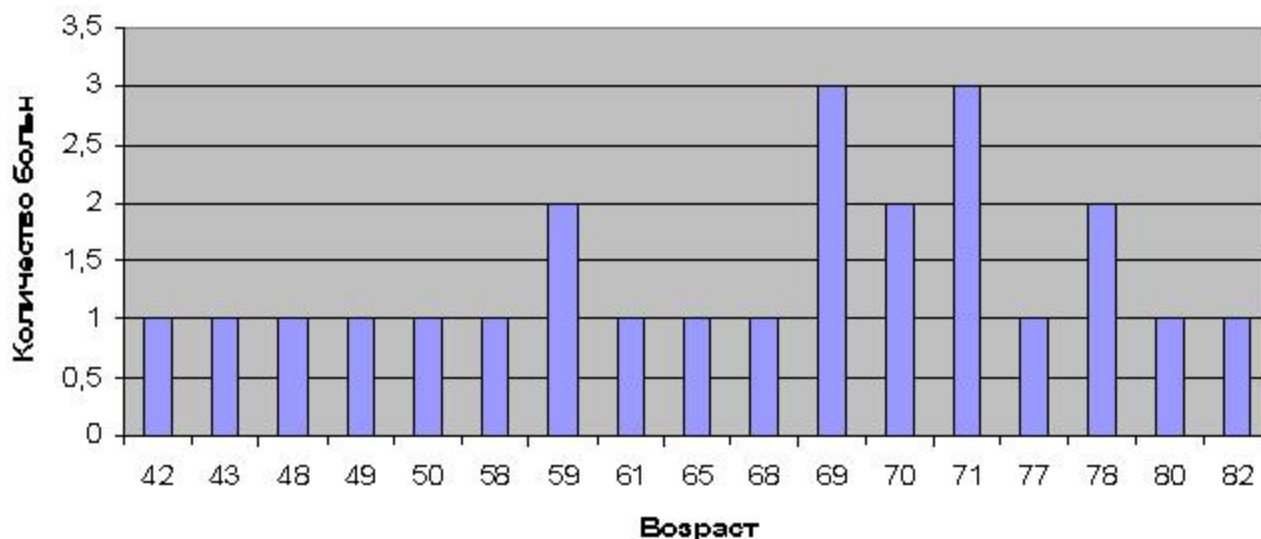


Рис.2 Распределение больных по возрасту.

Согласно Международному консенсусу по диабетической стопе 2007 года, показания к ангиографии и последующей реваскуляризации должны рассматриваться у больных сахарным диабетом с хроническими язвами, незажившими в течение 6 недель, несмотря на оптимальное лечение. До эндоваскулярного вмешательства за 3-4 суток все пациенты получали двойную антитромбоцитарную терапию по протоколу коронарного стентирования: аспирин (кардиомагнил) 0,125мг в сутки, клопидогрель 75мг в сутки (доза насыщения 300мг). Всех больных переводили на подкожное введение инсулина для достижения стабильной коррекции показателей глюкозы.

У всех больных использовался антеградный бедренный доступ в направлении к подколенной артерии. При слабой пульсации артерии, выраженной подкожной клетчатке для пункции общей бедренной артерии в 22 (21,6%) случаях применяли ультразвуковое наведение. После установки катетера 5F Royal Flush Plus 65 см (COOK) проводили контрастную субтракционную ангиографию. Малый диаметр данного катетера (1,5мм) позволяет его удалить из сосуда без осложнений на фоне двойной антитромбоцитарной терапии и гипокоагуляции, и в тоже время провести качественную ангиографию. 4 пациентам с диабетической нефропатией и ХПН ангиография и внутрисосудистое лечение проведены с помощью углекислого газа (СО₂).

После оценки морфологического характера поражения и наличия условий для ТЛБАП берцовых артерий катетер 5F Royal Flush Plus 65 см (COOK) удалялся, и на обменном проводнике 0,035" 260см устанавливался интрадьюсер 6F 45см (Cordis) до уровня щели коленного сустава. Внутривартериально вводили 5 тыс. МЕ гепарина.

Эндоваскулярное вмешательство проведено на 89 конечностях. Для реканализации и ангиопластики использовались специальные проводники 0,014" для реканализации периферических артерий баллонные катетеры производителей Invatec, Cordis и Terumo. Изолированная ТЛБАП артерий голени проведена в 85 случаях (95%), ангиопластика со стентированием в 6 (5%). Имплантация стента в артерии голени необходима при осложнениях ангиопластики - диссекции интимы, развившаяся после баллонной дилатации. Установка стальных баллонорасширяемых стентов Invatec 2,5мм x 29мм - 1шт, 3,0мм x 49мм – 5шт произведена у 6 пациентов. У одного пациента резидуальный стеноз до 70% послужил показанием для имплантации коронарного стента. Технический успех вмешательства – 92% (91 конечность). В 13-х случаях (15,4%) удалось восстановить все артерии, в 38 случаях (41,8%) - две, в 39 наблюдениях (42,8%) одну берцовую артерию. У 6-и (9%) пациентов не удалось выполнить реканализацию и ангиопластику из-за выраженного кальциноза артерий. Двойную дезагрегантную терапию назначали пациентам после вмешательства пожизненно, антикоагулянтную до 6-7 дней под контролем коагулограммы.

Результаты.

Их оценку проводили по модифицированной шкале R.V. Rutherford et al., изложенную в «Рекомендуемых стандартах для оценки результатов лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей 2001 года». После

успешной ТЛБАП в 60 наблюдениях (82,2%) отмечено клиническое улучшение разной степени, в 10 случаях (13,7%) изменений в клиническом статусе не произошло, в 3-х случаях (4,1%) выполнена ампутация средней трети бедра. Вероятность рецидива КИНК в отдаленном периоде заметно нарастала на протяжении первых 6-ти месяцев наблюдения. Однако вторую половину года она оставалась стабильной и равнялась 24,7%.

Таким образом, у 55 больных (75,3%) через год после ТЛБАП КИНК отсутствует.

Выводы.

Эндоваскулярные вмешательства на артериях голени у больных сахарным диабетом являются эффективным, малоинвазивным методом лечения критической ишемии нижних конечностей.

Учитывая тяжесть общего состояния таких пациентов, наличие сопутствующих заболеваний, баллонную ангиопластику можно рассматривать как операцию выбора и выполнять её для спасения конечности.

Литература.

1. Национальные рекомендации по ведению больных с сосудистой артериальной патологией (Российский согласительный документ). Часть 1. Периферические артерии. Москва, 2010.
2. Wolfe J. H., Wyatt M. G. Critical and subcritical ischaemia. Eur. J. Vasc.Endovasc. Surg. 1997.
3. Inter-Society Consensus for management of peripheral arterial disease (TASC II). Eur. J. Vasc. Endovasc.Surg. 2007
4. Шиповский В.Н. Баллонная ангиопластика в лечении хронической ишемии нижних конечностей. Дис. д-ра мед. Наук. 2002; 16-17.
5. Коков Л.С. Сосудистое и внутриорганное стентирование. 2003.
6. Капутин М.Ю. Баллонная ангиопластика при критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом. Диагностическая и интервенционная радиология. 2008; 2 (2): 51-59.
7. Зеленов М.А. Баллонная ангиопластика и стентирование артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом. Диагностическая и интервенционная радиология. 2007; 1 (4): 71-78.

Профилактика образования троакарных грыж.

Галимов О.В., Ханов В.О., Шкундин А.В., Зиганшин Д.М., Каланов Н.Р.,

Вильданова И.Д.

Кафедра хирургических болезней и новых технологий

ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития РФ

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.

Широкое внедрение лапароскопических операций предопределено их очевидными преимуществами перед лапаротомными вмешательствами и связанными, прежде всего с минимизацией травмы брюшной стенки и ранней реабилитацией больных. В то же время число осложнений после лапароскопических операций остается значительным. 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 у больных с ожирением, 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 и в этой области брюшная стенка теряет свою прочность, что приводит к появлению троакарных вентральных грыж. Таким образом, риск послеоперационной грыжи определяют многочисленные как местные и системные факторы, так и техника закрытия брюшной стенки. По литературным данным, троакарные грыжи возникают в 0,23 % случаев в месте установки 10 мм порта, в 1,9 % случаев на участке 12 мм порта и в 6,3% случаев на участке 20 мм порта.

Эти цифры заметно увеличиваются до 12 % для тучных пациентов с индексом массы тела (ИМТ) больше чем 30 кг/м².

Оперативное лечение грыж относится к восстановительной хирургии, которая всегда требует особого, конструктивного подхода и поиск более совершенных, отличных от привычных, способов операции.

Материал и методы.

На клинических базах кафедры хирургических болезней и новых технологий Башгосмедуниверситета были прооперированы 23 пациента с избыточной массой тела и ожирением, у которых были выявлены послеоперационные вентральные грыжи, возникшие после выполнения лапароскопических вмешательств. Подавляющее большинство пациентов были женщины - 18 (78,3%), мужчин было 5 (21,7%) , все больные в возрасте от 33 до 70 лет. В процессе проведенного ретроспективного анализа выяснено, что наибольшее число больных с послеоперационными вентральными грыжами составляет группа больных - 17 человек (73,9%), которым ранее производилась лапароскопическая холецистэктомия. У 4 пациенток в анамнезе были гинекологические операции, у 2-диагностическая лапароскопия. Грыжевой дефект, как правило, локализовался в параумбиликальной области (в месте введения 10 мм троакара, откуда извлекали желчный пузырь) У 12 больных из этой группы в послеоперационном периоде отмечались различного рода воспалительные осложнения со стороны доступа в виде образования инфильтрата операционной раны, либо ее нагноения. Появление грыжевого выпячивания отмечено в сроке от 2 до 12 месяцев послеоперационного периода. Размеры грыжевых ворот составляли от 1,5х1,5см до 5,5х5,5см. Избыточная масса тела и морбидное ожирение (ИМТ>30%) имело место у 18 пациентов (78,3%). У 17 (74%) пациентов имелись вправимые послеоперационные вентральные грыжи, 6 (26%) пациентов имели невправимые послеоперационные вентральные грыжи. Случаев ущемления мы не наблюдали, и все выявленные нами пациенты с троакарными грыжами оперированы в плановом порядке.

Результаты и обсуждение.

Плановые оперативные вмешательства выполнялись под местной инфильтративной анестезией (19) или комбинированным эндотрахеальным наркозом (4). Всем пациенткам, оперированным в плановом порядке, выполнено грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки сетчатым аллотрансплантатом по методике «onlay». Применялись полипропиленовые

эндопротезы с фиксацией эндопротеза проленовой нитью отдельными узловыми швами. При контрольном обследовании пациентов в сроки до 5 лет после операции рецидивов грыж не выявлено.

Проанализировав частоту и причины образования троакарных постлапароскопических грыж, мы пришли к заключению о том, что на некоторые факторы, предрасполагающие к появлению грыж (пожилой возраст, ожирение, функциональная недостаточность соединительной ткани) хирургу не повлиять, но о них необходимо помнить и учитывать при выборе оперативной тактики. При использовании в ходе лапароскопических вмешательств инструментов больших диаметров (троакары, эвакуаторы, ранорасширители и др.), инфицировании раны в зоне введения троакара и извлечении удаленного органа или ткани, а также неудовлетворительном ушивании апоневроза в месте произведенного доступа, необходима профилактики грыжеобразования. Для профилактики нагноения операционной раны мы считаем необходимым: исключение контакта удаляемого органа с подкожной клетчаткой раневого канала, а также адекватную антибиотикотерапию у больных оперированных по поводу острых хирургических заболеваний.

Большое внимание уделялось способу закрытия троакарной раны. Нами обращено внимание на то, что большинство пациентов (78,3%) с троакарными грыжами имели избыточную массу тела и морбидное ожирение. При использовании стандартной техники ушивания троакарных ран у тучных больных зачастую не происходит соблюдение одного из важнейших условий – сопоставления заднего листка фасции, вследствие чего максимальная прочность соединения отсутствует. Это связано с неудобством манипуляции в ране, при ее ушивании: малой площадью и большой глубиной раны, неадекватным визуальным контролем со стороны раны. Нами, начиная с 2005 г у пациентов с избыточной массой тела, при выполнении лапароскопической холецистэктомии применяется способ профилактики 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, 2006г.), который устанавливают в трансумбиликальной точке. Затем производят удаление расширителя по извлечению желчного пузыря. Из полипропиленовой сетки выкраивается круглый

эксплант, диаметром 2см, который укладывается поверх апоневроза и фиксируется к нему 2-3 швами. После чего проводят ушивание кожи. Ранний послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Послеоперационные раны у всех пациентов зажили первичным натяжением. При обследовании в отдаленном периоде (до 4 лет после проведенного оперативного вмешательства) ни в одном случае не обнаружено образования троакарной грыжи.

Сведения об Ассоциации хирургов Республики Башкортостан.

Тимербулатов Виль Маamilович - Президент Ассоциации хирургов РБ, член-корр. РАМН, профессор

В 1992 году решением хирургов республики была организована Ассоциация хирургов РБ, став преемницей башкирского научного общества хирургов. В 1996 году был принят Устав АХРБ и Ассоциация зарегистрирована в Министерстве юстиции РФ, как общественная профессиональная организация.

Основной целью создания и деятельности Ассоциации хирургов РБ является совершенствование качества и объема оказываемой населению республики хирургической помощи, привлечение членов Ассоциации к выполнению региональных, отраслевых и государственных программ по неотложной и плановой хирургии.

Приоритетными направлениями деятельности организации являются:

- представительство интересов членов организации в органах государственной власти, местного самоуправления и общественных объединениях;
- защита прав и законных интересов членов организации;
- проведение научных работ и исследований;
- содействие в разработке и изготовлении изделий, технических средств и программных документов;
- обеспечение членов организации научно-технической, коммерческой и иными видами информации;
- представление компетентного заключения по выпускаемым инструментам, аппаратам и приборам для хирургии;
- экспертиза медицинских документов, качества диагностики и лечения по представлению органов здравоохранения;
- содействие экономическому становлению общехирургических учреждений на основе любых форм собственности;
- участие в аттестации хирургов республики на присвоение квалификационной категории.

Организационная структура АХРБ такова:

- Конференция членов Ассоциации;
- Президиум Ассоциации;
- Президент Организации;

Высшим руководящим органом АХРБ является конференция членов Ассоциации.

Ассоциация насчитывает около 350 членов, наибольшее количество которых работает в Уфе. Кроме того, Ассоциация имеет 6 филиалов, расположенных в наиболее крупных городских и районных лечебных учреждениях. Президентом Ассоциации со дня ее основания является член-корр.

РАМН, профессор В.М.Тимербулатов. В Президиум Ассоциации входят заведующие кафедрами хирургии БГМУ и ряд наиболее авторитетных сотрудников хирургических кафедр и представителей практической хирургии. Также в Президиум включены заведующие хирургическими отделениями районов, возглавляющие филиалы Ассоциации. В настоящее время насчитывается 22 члена Президиума.

Заседания Ассоциации проводятся ежемесячно 10 раз в году. Ежегодно проводятся выездные заседания АХРБ с тематическим подбором докладов. На них заслушиваются научно- практические доклады, по каждому из которых проводятся дискуссии. Наиболее широко освещаются вопросы абдоминальной хирургии, вместе с тем существенное внимание уделяется вопросам хирургии повреждений, эндокринной, сосудистой, торакальной хирургии, урологии. Также, при необходимости, решаются организационные вопросы. Первое январское заседание АХРБ традиционно, начиная с 1996 года, посвящается подведению итогов прошедшего года с награждением хирургов по номинациям:

- лучшая операция года с вручением символического «золотого скальпеля»,
- лучшая монография года,
- лучший доклад заседаний минувшего года Ассоциации,
- лучшие научные разработки молодых ученых.

Хирурги награждаются дипломами Ассоциации и ценными подарками.

Ассоциация активно участвует в работе хирургических конференций различного уровня (от республиканских до международных). Среди последних крупных хирургических форумов, прошедших в Уфе можно выделить II съезд колопроктологов России в 2007 г. и XVII Международный съезд хирургов-гепатологов в 2010 г.

С 1996 года ежегодно издаются Труды Ассоциации хирургов РБ, включающие доклады, прозвучавшие на заседаниях Ассоциации.

В 2011 году был создан и начал издаваться электронный интернет- журнал «Клиническая и экспериментальная хирургия» www.jecs.ru.

Решением Ассоциации хирургов РБ в 2011 году создан Третейский суд, призванный разбирать конфликтные ситуации между пациентами и врачами хирургами.

Решение президиума Ассоциации хирургов Республики Башкортостан от 27.12.2011 года «О подведении итогов конкурсов Ассоциации хирургов Республики Башкортостан».

Тимербулатов В.М - Президент АХРБ, член-корр. РАМН, профессор

I. Конкурс на лучшую хирургическую операцию 2011 года (представлено 7 заявок)

1. ДИПЛОМОМ за лучшую хирургическую операцию 2011 года с вручением символического «Золотого скальпеля» наградить бригаду хирургов Клинической больницы №1 г.Стерлитамака Попова О.С., Кононову В.А. за выполнение операции: Радикальная 2-х сторонняя подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией ТРАМ - лоскутом обеих молочных желез, абдоминопластика с использованием синтетического трансплантата.

2. ДИПЛОМОМ 1 степени наградить бригаду хирургов отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 РСЦ БСМП г.Уфы Чудновца Л.Г., Селезнева Е.В. за выполненную операцию: Трансфеморальное эндоваскулярное стентирование правой сонной артерии, механическая тромбэктомия из правой средней мозговой артерии.

II. ДИПЛОМОМ за лучшую монографию, изданную в 2011 году.

«Диагностика и хирургическое лечение хронических окклюзионных заболеваний сонных артерий». Коллектив авторов: Плечев В.В., Тимербулатов В.М., Чуйкин С.В., Ижбулдин Р.И.

«Оптимизация новых технологий миниинвазивной хирургии в лечении рецидивного и резидуального холедохолитиаза». Коллектив авторов: Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Нажипов Р.Д.

III. Конкурс на лучший доклад на заседании Ассоциации хирургов РБ в 2011 году (на заседаниях АХРБ в 2010 году представлены 37 докладов).

ДИПЛОМОМ за лучший доклад на заседаниях Ассоциации хирургов РБ в 2011 году: «Опыт паховой герниопластики клиники госпитальной хирургии Башгосмедуниверситета». Кафедра госпитальной хирургии БГМУ. Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р., Феоктистов Д.В.

IV. Конкурс за лучшую научную разработку молодых ученых Ассоциации хирургов РБ в 2010 году.

ДИПЛОМОМ за лучшую научную разработку молодых ученых Ассоциации хирургов РБ в 2011 году наградить к.м.н. Чанышева Б.Ф. за работу: «Спленоз и мезентериальная лимфаденопатия как комплексный механизм постспленэктомического синдрома при травматическом повреждении селезенки». Научный руководитель: проф. Фаязов Р.Р.

План заседаний Ассоциации хирургов Республики Башкортостан на 2012 год.

Сibaев В.М. профессор, секретарь АХРБ

№ п/п	Программа заседания	Вид сообщения	Докладчики	Место проведения	Дата заседания
191	1.Подведение итогов конкурсов Ассоциации хирургов РБ.	Награждение	Тимербулатов В.М., Сibaев В.М.	РКБ, клуб «Медик»	18.01.
	2.Работа Башкирского хирургического общества накануне Великой отечественной войны (1936-1941г.).	Доклад	Кунафин М.С., Тимербулатов В.М., Шарафутдинова Н.Х., Киньябулатов А.У.		
	3.Спленоз и мезентериальная лимфаденопатия, как компенсаторные механизмы постспленэктомического синдрома.	Доклад	Фаязов Р.Р., Чанышев Б.Ф., Каюмов Ф.А (Кафедра хирургии ИПО)		
192	1.Редкие опухолевые заболевания тонкой кишки.	Доклад	Кунафин М.С., Хунафин С.Н., Юшков Н.Р., Загретдинов А.Ш. (Кафедра скорой помощи и медицины катастроф с курсом термической травмы ИПО)	РКБ, клуб «Медик»	15.02.
	2.Современные подходы в диагностике и лечении дивертикулярной болезни толстой кишки.	Доклад	Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Багаутдинов Ф.З.(Кафедра хирургии ИПО)		
	3.Первый опыт эндопротезирования осложненных аневризм брюшной аорты.	Доклад	Хамитов А.А., Федоров С.В., Кашаев М.Ш. (Кафедра общей хирургии, РКБ им. Кува това)		
	4.Применение озонированного асептического раствора в лечении полостных образований печени.	Доклад	Нартайлаков М.А., Гараев М.Р. (Кафедра общей хирургии, РКБ им. Кува това)		
193	1.Опыт хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы.	Доклад	Галимов О.В., Латыпов Р.З., Ханов В.О., Титов А.Р., Авзалетдинов А.М. (Кафедра хирургических болезней и новых технологий, Клиника БГМУ)	РКБ, клуб «Медик»	21.03.
	2.Лечебно-диагностический алгоритм ведения больных при абдоминальной патологии с позиций коррекции ИАГ и ИРС.	Доклад	Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Султанбаев А.У.(Кафедра хирургии ИПО)		

Клиническая и экспериментальная хирургия (приложение) январь 2012

	3.Опыт эндоваскулярных стентирований внутренних сонных артерий.	Доклад	Чудновец Л.Г., Камалов А.Р., Мустафакулов У.С., Селезнев Е.В., Халимов Э.Р. (БСМП)		
194	1.Результаты оперативного лечения дефекта межжелудочковой перегородки у детей до года с высокой легочной гипертензией.	Доклад	Плечев В.В., Шарафутдинов А.Р., Онегов Д.В., Янбеков Н.А.(РҚД, Кафедра госпитальной хирургии БГМУ)	РКБ, клуб «Медик»	18.04.
	2.Гибридные операции при окклюзионных поражениях артерий.	Доклад	Шестаков А.И., Плечев В.В., Ишметов В.Ш., Логинов М.О., Юсупов И.Н. (Клиника БГМУ)		
	3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста.	Доклад	Суфияров И.Ф., Мусин А.Р., Сафаргулов Х.С. (Кафедра хирургических болезней, ГКБ№8)		
195	1.Комплексное лечение трофических и вялотекущих ран с применением современных технологий.	Доклад	Кунафин М.С., Хунафин С.Н., Колесов С.В., Гизатуллин Т.Р. (Кафедра скорой помощи и медицины катастроф с курсом термической травмы ИПО)	РКБ, клуб «Медик»	16.05.
	2.Миниинвазивная хирургия гормонально-активных опухолей надпочечников.	Доклад	Хамитов А.А., Федоров С.В., Кашаев М.Ш. (Кафедра общей хирургии, РКБ им. Кува това)		
	3.Системная энзимотерапия при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и мягких тканей.	Доклад	Хасанов А.Г., Карамова Р.Ф., Сакаев Р.Ш. (Кафедра хирургических болезней, ГКБ№8)		
196	1Послеоперационное мониторирование абдоминально-ишемического синдрома и тромбоза мезентериальных сосудов.	Доклад	Тимербулатов В.М., Уразбахтин И.М., Сагитов Р.Б., Асманов Д.И., Сибаяев В.М., Фаязов Р.Р., Гарипов Р.М. (Кафедра хирургии ИПО)	РКБ, клуб «Медик»	20.06.
	2.Острая абдоминальная патология у лиц пожилого и старческого возраста.	Доклад	Шамсиев Р.Э., Гарипов Р.М., Мурасов М.М. (Кафедра хирургических болезней, ГКБ№8)		
197	1.Профилактика тромботических осложнений при операциях коронарного шунтирования.	Доклад	Плечев В.В., Юнусов В.М., Ижбульдин Р.И., Сурков В.А., Кислицин А.Н. (РҚД, Ка ф е д р а госпитальной хирургии БГМУ)	РКБ, клуб «Медик»	19.09.

Клиническая и экспериментальная хирургия (приложение) январь 2012

	2.Синдром механической желтухи у лиц пожилого возраста.	Доклад	Гильмутдинов А.Р., Сулейманова Р.Т., Ахмеров Н.М. (Кафедра хирургических болезней, ГКБ№8)		
	3.Тактика «damage- control» при сочетанной абдоминальной травме.	Доклад	Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Ярмухаметов И.М. (Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО)		
	4.Опыт эндоваскулярных эмболизаций аневризм церебральных артерий.	Доклад	Чудновец Л.Г., Камалов А.Р., Мустафакулов У.С., Селезнев Е.В., Халимов Э.Р., Гиматдинов Б.И. (БСМП)		
198	1.Профилактика коронароспазма во время чрескожного коронарного вмешательства.	Доклад	Плечев В.В., Крохалев А.Н., Нагаев И.А., Бузаев И.В. (РКД, Кафедра госпитальной хирургии БГМУ)	РКБ, клуб «Медик»	17.10.
	2.Хирургическое лечение гиперпаратиреоза.	Доклад	Хамитов А.А., Федоров С.В., Кашаев М.Ш. (Кафедра общей хирургии БГМУ)		
	3.Синдром Бурхаве. Результаты лечения по материалам Клиник БГМУ.	Доклад	Ионис Е.Ю., Плечев В.В., Авзалетдинов А.М., Фатихов Р.Г. (Клиника БГМУ)		
199	1.Профилактика раневых осложнений при эксплантационной герниопластике.	Доклад	Шавалеев Р.Р., Корнилаев П.Г., Феоктистов Д.В., Хакамов Т.Ш. (Клиника БГМУ)	РКБ, клуб «Медик»	21.11.
	2.Эндовидеохирургические методы лечения кист печени.	Доклад	Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Сибаев В.М., Уразбахтин И.М., Фаязов Р.Р., Гарипов Р.М., Тимербулатов Ш.В. (Кафедра хирургии ИПО, БСМП)		
200	1.Новые подходы к стимуляции неоангиогенеза в терапии ишемической болезни сердца с дистальным и/или диффузным поражением коронарного русла.	Доклад	Плечев В.В., Олейник Б.А, Рисберг Р.Ю. (РКД, Кафедра госпитальной хирургии БГМУ)	РКБ, клуб «Медик»	19.12.
	2.Эндоваскулярная механическая тромбэктомия из церебральных артерий при ишемическом инсульте.	Доклад	Чудновец Л.Г., Камалов А.Р., Мустафакулов У.С., Селезнев Е.В., Халимов Э.Р., Колчина Э.М. (БСМП)		

Сведения для авторов

1. Статья должна быть представлена в редакцию (на адрес электронной почты: jecsm@yandex.ru) в электронном виде в документе winword любой версии.
2. Оригинальные статьи должны быть построены по традиционному принципу для мировой научной периодики и структурированы по плану: актуальность, цель работы, материалы и методы, результаты и обсуждение, завершаться выводами.
3. Титульная страница должна содержать: название статьи, фамилию, имя, отчество (кратко) авторов. Название организации представившей статью для публикации на русском и английском языках. Дополнительно отдельно необходимо представить фамилию, имя, отчество (полностью) авторов, с указанием должности, ученой степени, звания, места работы и адреса организации. Обязательно необходимо указать автора (фамилия, имя, отчество) ответственного за контакты с редакцией, его телефон и адрес электронной почты.
4. Краткое резюме объемом до 255 символов, ключевые слова статьи на русском и английском языках.
5. Текст статьи присылать напечатанным шрифтом Arial, 12 кеглем, через 1,5 интервала, поля 2,0 без переноса. Рекомендуемый объем статьи, включая таблицы, рисунки, литературу и аннотацию до 15 страниц формата А4. Все страницы должны быть пронумерованы.
6. Текст статьи, все приведенные цитаты должны быть автором тщательно выверены, проверены по первоисточникам, иметь ссылки на них с указанием авторов, названия издания, года, номера и страниц публикации.
7. Следует использовать только общепринятые сокращения. Не следует применять сокращения в названии статьи. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, следует расшифровать при первом упоминании его в тексте. Не требуется расшифровки стандартных единиц измерения и символов.
8. Таблицы должны иметь порядковый номер (Табл.1) расположенный в правом верхнем углу, название таблицы. Рекомендуется представлять наглядные, компактные таблицы. Все числа в таблицах должны быть выверены и соответствовать числам в статье.
9. При использовании результатов статистического анализа данных обязательным условием является указанием использованного программного пакета и его версии, названий статистических методов, приведение описательных методов статистики и точных уровней значимости при проверке статистических гипотез. Для основных результатов исследования рекомендуется рассчитывать доверительные интервалы.
10. Единицы измерения физических величин должны представляться в единицах Международной метрической системы единиц - СИ.
11. Рисунки должны представляться отдельными графическими файлами в форматах bmp, jpg, tiff с указанием названия рисунка, его порядковым номером. В статье необходимо указывать место положения рисунка.
12. Библиография должна быть представлена в конце статьи и оформлена в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5-2008, в самом тексте следует указывать номер ссылки в квадратных скобках цифрами. За точность библиографии несет ответственность автор. Не рекомендуется указывать более 30 источников за исключением обзоров литературы.
13. Все статьи, поступающие в редакцию проходят многоступенчатое рецензирование, замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. После получения рецензий и ответов автора редколлегия принимает решение о публикации статьи.
14. Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин. Очередность публикаций устанавливается в соответствии с редакционным ланом издания журнала.
15. Редакция оставляет за собой право сокращать, редактировать материалы статьи независимо от их объема, включая изменения названия статей, терминов и определений. Небольшие исправления стилистического, номенклатурного или формального характера вносятся в статью без согласования с автором. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки к публикации, датой поступления считается день поступления окончательного текста.
16. Публикация статей в журнале бесплатная.
17. Направление в редакцию статей, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается.

Редакционный совет

Академик РАМН, профессор Яицкий И.А.
Член корр. РАМН, профессор Кубышкин В.А.
Член корр. РАМН, профессор Григорьев Е.Г.
Член корр. РАМН, профессор Тимербулатов В.М.
Член корр. РАМН, профессор Багненко С.Ф.
Профессор Прудков М.И.
Профессор Привалов В.А.
Профессор Кукош В.М.
Профессор Жуков Б.Н.
Профессор Красильников Д.М.
Профессор Бебуришвилли Е.Г.

Редколлегия

Профессор Вагапова В.Ш.
Профессор Ганцев Ш.Х.
Профессор Гарипов Р.М.
Профессор Галимов О.В.
Профессор Кунафин М.С.
Профессор Павлов В.Н.
Профессор Плечев В.В.
Профессор Садретдинов М.А.
Профессор Сибает В.М.
Профессор Уразбахтин И.М.
Профессор Фаязов Р.Р.
Профессор Федоров С.В.
Профессор Хасанов А.Г.
Профессор Хидиятов И.И.

Редакция

главный редактор Тимербулатов Махмуд Вилевич +7-917-35-77-528
timerm@yandex.ru

зам. главного редактора Сагитов Равиль Борисович +7-917-40-88-101
srb@yandex.ru

научный редактор Сибает Вазир Мазгутович
ответственный секретарь Тимербулатов Шамиль Вилевич

WWW.JECS.RU

autor@jecs.ru