

УДК 616.831-009.11 : 617.586]-053.2-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКВИНОВАРУСНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СТОП У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Л.З. СЪЧЕВСКИЙ, В.С. АНОСОВ, А.Г. МАРМЫШ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница СМП г. Гродно»

Эквинусная деформация стопы – часто встречающаяся деформация при спастических параличах в большом проценте случаев сопровождается варусом переднего или заднего отделов. Установлено, что следует более строго подходить к показаниям для дополнительной хирургической коррекции приведено-варусного компонента у больных со спастическими эквиноварусными деформациями стоп. Наиболее эффективными способами хирургической коррекции выраженного варусного компонента эквиноварусных деформаций являются удлинение задней большеберцовой мышцы в мышечно-сухожильной части при «заднетибиальном» варусе и парциальной транспозиции сухожилия передней большеберцовой мышцы на кубовидную кость при «переднетибиальном» варусе предложенным малоинвазивным способом.

Ключевые слова: эквиноварусная деформация, детский церебральный паралич, коррекция.

Equinovarus foot is frequent deformity in patients with spastic paralyses and often accompanied by forefoot or rearfoot varus. For surgical correction of varus component in patients with spastic foot deformities we have to choose procedure using strict indications. The most effective methods of the surgical correction of the varus component are tendo tibialis posterior lengthening in musculotendinous part and partial transposition of tibialis anterior muscle to the cuboid bone by proposed method.

Key words: Equinovarus deformity, cerebral palsy, correction.

Введение

Эквинусная деформация стопы – наиболее часто встречающаяся деформация при спастических параличах в большом проценте случаев сопровождается варусом переднего или заднего отделов. По данным литературы, варусные деформации, требующие хирургического лечения, встречаются в 38% случаев у больных с гемиплегическими формами детского церебрального паралича и в 20% случаев у больных с диплегическими и тетраплегическими [4].

Материалы и методы

При эквиноварусной деформации принятие решения о методе оперативного лечения зависит от превалирования так называемой «заднетибиальной» или «переднетибиальной» этиологии. Для дифференциальной диагностики этих состояний проводится оценка функции и силы передней и задней большеберцовых мышц. Но больные с детским церебральным параличом имеют в разной степени нарушенный избирательный контроль движений в суставах, обусловленный патологией пирамидальной и экстрапирамидальной систем, а также нарушением связей между ними и между верхними и нижними мотонейронами спинного мозга. Другими словами, больной не в состоянии произвольно продемонстрировать движения в одном суставе без вовлечения других суставов в движение. Так, например, больной детским церебральным параличом зачастую не может разогнуть стопу в голеностопном суставе, хотя во время ходьбы в фазе переноса стопы, когда происходит одновременное сгибание в коленном и тазобедренном сус-

таве, функция разгибателей может быть не нарушена или ослаблена в той или иной степени. Это очень важно для выбора метода оперативного лечения, оценки функционирования и силы передней группы мышц голени (передняя большеберцовая мышца, длинный разгибатель пальцев, длинный разгибатель первого пальца, третья малоберцовая мышца).

Известен симптом Штрумпеля [11], также называемый в иностранной литературе как confusion test, synkinesia test, recruitment test [5].

Выполняется следующим образом: пациент располагается на кушетке, напротив садится врач, располагает ладонь над коленным суставом. Врач просит больного поднять бедро вверх, оказывая при этом противодействие ладонью (см. выше). При этом оценивается функция передней группы мышц голени (рисунок 1).



Сухожилие передней большеберцовой мышцы

Рисунок 1 - Симптом непроизвольной дорсифлексии стопы (Strumpel test)

Недостатком этого симптома является то, что малолетним детям и больным со значительным снижением интеллекта, а это наблюдается часто при Д.Ц.П., очень трудно выполнять команды (согнуть ногу в тазобедренном суставе в то время, когда врач будет противодействовать этому), более того, при негативном отношении к медперсоналу (к «белому халату») ребёнок может категорически отказаться от каких-либо действий вообще.

Нами предложен спровоцированный симптом рефлексорной дорсифлексии стопы, применимый к детям младшей возрастной группы, негативно относящимся к медперсоналу. Он осуществляется путём провокации рефлексорного сгибания ног в коленном и тазобедренном суставах. Больной укладывается на спину. Врач захватывает голени, сгибает ноги в коленном и тазобедренном суставах и резко подаёт голени на себя. Больной рефлексорно сгибает тазобедренные и коленные суставы («забирает ноги»). В это время врач визуально оценивает функцию передней группы мышц (рисунок 2).



Рисунок 2 - Спровоцированный симптом рефлексорной дорсифлексии стопы

Функция задней большеберцовой мышцы оценивается пальпаторно при придании стопе вальгусного положения. Обычно варус заднего отдела стопы это результат гиперактивности задней большеберцовой мышцы, тогда как супинация переднего отдела чаще «переднетибиальной» этиологии. В первом случае нами проводилось удлинение задней большеберцовой мышцы в мышечносухожильной части, парциальная транспозиция его сухожилия на сухожилие короткой малоберцовой мышцы и латерализация ахиллова сухожилия при его вентрализации (рисунок 3б).

Во втором случае производилась парциальная транспозиция сухожилия передней большеберцовой мышцы на кубовидную кость и (или) так же, как и в первом случае, латерализация ахиллова сухожилия при его вентрализации (рисунок 3а).

Продольное расщепление сухожилия распространённая процедура, часто применяемая при оперативном лечении неврологических деформаций конечностей. В доступной литературе описываются методики взятия части сухожилия с помощью хирургических инструментов (ножницы, скаль-

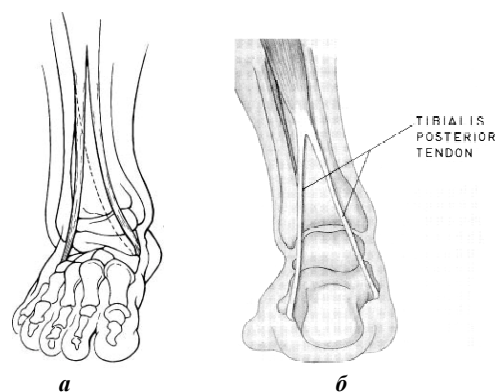


Рисунок 3 - а. Парциальная транспозиция сухожилия передней большеберцовой мышцы на кубовидную кость. б. Парциальная транспозиция сухожилия задней большеберцовой мышцы на сухожилие короткой малоберцовой мышцы

пель, зажим) без описания деталей, через широкие хирургические доступы [7, 8]. Нами предложен малоинвазивный способ расщепления сухожилий из коротких доступов с помощью хирургической нити.

Описание методики. Из короткого разреза (1,0-2,0см) идентифицируется сухожилие, выбранное для парциальной транспозиции, у места дистального прикрепления (рисунок 4) .



Рисунок 4 - Идентификация сухожилия передней большеберцовой мышцы у места дистального прикрепления

Нить Dexon 2-0 или 3-0 проводится через центр сухожилия. Проксимально из такого же короткого разреза идентифицируется это же сухожилие на уровне предполагаемой бифуркации. При потягивании за него удостоверяемся в правильности выбора сухожилия. Из дистального в проксимальный разрез вдоль сухожилия интравагинально проводится проводник. В его отверстие проводятся поочередно концы нити и выводятся в проксимальный доступ (рисунок 5).

Пилящими движениями (как пилой Джигли) продвигаем нить до проксимального разреза, таким образом расщепляем сухожилие на половину; безопасно и интравагинально. Половина сухожилия, необходимого для транспозиции, дезинсерцируется, «вывихивается» в проксимальный разрез, и далее реинсерцируется на запланированное место.



Рисунок 5 – Проведение нитей с помощью зонда

Эквинусный компонент эквиноварусной деформации устранялся с помощью рассечения апоневроза икроножной мышцы по Strayer или Vulpius (А.И.М.) при её изолированном укорочении и удлинением или вентрализацией ахиллова сухожилия при укорочении обеих порций трёхглавой мышцы голени (У.А.С. или В.А.С., соответственно).

За период с 1995 по 2008 гг. на базе ортопедо-травматологического отделения для детей УЗ «ГКБ Скорая Мед. Помощь г. Гродно» было проведено 34 операции на стопах с эквиноварусными деформациями, 25 пациентов (28 стоп) были вызваны и явились для оценки послеоперационных результатов (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение количества операций, направленных на устранение варусного компонента, в соответствии с типом оперативного вмешательства, устраняющего эквинус

	А.И.М.	У.А.С.	В.А.С.
Фракционное удлинение задней большеберцовой мышцы в мышечно-сухожильной части	3	1	2
Парциальная транспозиция задней большеберцовой мышцы на сухожилие короткой малоберцовой мышцы	0	4	2
Парциальная транспозиция передней большеберцовой мышцы на кубовидную кость	4	3	5
Клиновидная резекция оснований 1-5 плюсневых костей	0	1	1
Транспозиция задней большеберцовой мышцы через межкостную мембрану на тыл стопы	0	2	0

Единичные случаи ригидных форм эквиноварусных деформаций (не поддающиеся пассивной коррекции при ручной редрессации) требовали остеотомических коррекций (остеотомия пяточной кости по Дуэгу, клиновидная резекция стопы, удлинение внутренней и (или) укорочение наружной колонны стопы и др.) нами не анализировались и результаты их лечения в настоящей статье не рассматриваются.

Клиническая оценка результатов содержала данные клинического осмотра, оценку мышечной силы основных мышц, участвующих в движении стопы, динамическую фотоплантографию, динамическую педобарографию, анализ ходьбы.

При клиническом осмотре оценивались жалобы больного, положение заднего (варус/вальгус пятки) и переднего отдела стопы (отведение/при-

ведение, пронация/супинация), наличие натоптышей, характер износа обуви.

Измерялась сила основных мышц, участвующих в движении стопы во время проведения специфических тестов для каждой из этих групп мышц [9], а также с помощью предложенного нами симптома, спровоцированного произвольного тыльного сгибания стопы.

Анализ ходьбы проводился по Эдинбургской визуальной шкале оценки ходьбы после видеотэйпирования и мультифотографирования с интервалом 0,13 сек (8 фотоснимков в секунду) в сагитальной и фронтальной плоскостях с помощью цифровой фотовидеокамеры Ricoh Caplio G3 [6].

Динамические компьютерно-педобарографические исследования проводились с использованием комплекса электронно-механического (КЭМ-ТУ РБ 500032863.001-2004), разработанного нами по заданию Министерства здравоохранения Республики Беларусь сотрудниками УО «Гродненский государственный медицинский университет» совместно с сотрудниками Научно-исследовательского центра проблем ресурсосбережения НАН Беларуси и Научно-инженерного центра «Плазмотег» ФТИ НАН Беларуси, а также с помощью зарубежных аналогов Medilogic 4 и Diasled.

Для количественной оценки педобарограмма разделялась на латеральный и медиальный отделы, имеющие равную ширину (рисунок 6)

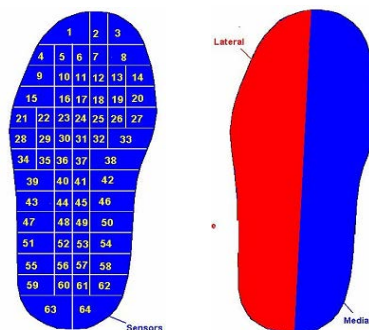


Рисунок 6 - Разделение педобарограммы на зоны

Педобарографические данные оценивались с помощью фронтального динамического индекса (ФДИ), рассчитываемого путём соотношения импульсов внутреннего отдела стопы к сумме импульсов внутреннего и наружного отделов стопы выраженного в процентах.

$$\text{ФДИ} = \frac{\text{импульс внутреннего отдела} \times 100}{\text{импульс наружного отдел} + \text{импульс внутреннего отдела}}$$

Значения этого индекса варьируют от 0 до 100%. При этом значения ФДИ, близкие к 50%, отображают равенство импульсов, исходящих из внутреннего и наружного отделов стопы, значения ФДИ меньше или больше 50% означают развитие вальгусной или варусной деформации (установки), соответственно.

Для качественного анализа деформации во время ходьбы проводилась оценка структуры графиков интегральной нагрузки, распределения давления в реальном масштабе времени и траектории перемещения центра давления стопы на опору.

Для оценки опоры стопы применялась компьютерная фотоплантография, заключающаяся в регистрации плантограмм при возрастающей статической нагрузке и компьютерном анализе полученных данных [2].

Для этих целей использовался модернизированный стеклянный плантограф [1] и оценивалась интенсивность свечения отпечатка стопы в различных отделах, свидетельствующая об отсутствии, недостатке или чрезмерности нагрузки.

В соответствии с полученными данными все исследованные стопы были разделены на 4 группы:

1. Рецидив деформации – приведение, супинация переднего отдела, варус.
2. Сбалансированная (нейтральная) стопа.
3. Умеренная гиперкоррекция – отведение, пронация, вальгус, не требующая хирургического вмешательства.
4. Выраженная гиперкоррекция, требующая хирургического вмешательства.

Результаты и обсуждение

Средний срок наблюдения пациентов, которым проводилась хирургическая коррекция варусного компонента спастической эквиноварусной деформации, составил 4 г. 7 мес. Средний возраст пациентов на момент операции был 7 лет 1 мес. Большинство пациентов 18 (72%) страдало гемипарезом, 7 (28%) диплегией. Результаты оперативного лечения, распределённого на группы, приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты оперативного лечения эквиноварусных деформаций

	Рецидив деформации	Сбалансированная (нейтральная) стопа	Гиперкоррекция (пронированная стопа)	Гиперкоррекция, требующая оперативного лечения
Фракционное удлинение задней большеберцовой мышцы в мышечно-сухожильной части	0	5 (83%)	1 (17%)	0
Парциальная транспозиция задней большеберцовой мышцы на сухожилие короткой малоберцовой мышцы	0	0	4 (67%)	2 (33%)
Парциальная транспозиция передней большеберцовой мышцы на кубовидную кость	0	5 (42%)	5 (42%)	2 (16%)
Клиновидная резекция оснований 1-5 плюсневых костей	0	0	0	2 (100%)
Транспозиция задней большеберцовой мышцы через межкостную мембрану на тыл стопы	0	0	2 (100%)	0
Всего	0	10 (35,7%)	12 (42,8%)	6 (21,4%)

Проведённая нами оценка отдалённых результатов лечения эквиноварусных деформаций показала положительные результаты далеко не во всех случаях. У больных, которым дополнительно с операциями на трёхглавой мышце голени проводилась транспозиция задней или передней большеберцовой мышцы, результаты ближайших послеоперационных наблюдений были вдохновляющими, не наблюдалось рецидивов деформации и тенденции на её формирование, что позволяло хирургам, возможно, расширять показания к этим операциям и оперировать тех больных, где варус чаще всего являлся результатом гипердиагностики, так как визуально выглядел, как приведено-варусная деформация, а на самом деле являлся вторичной деформацией, причина которой не слабость эверторов, а патологическая внутренняя ротация бедра.

С течением времени достигнутая коррекция приведения и варуса переходила в гиперкоррекцию, с отведением и пронацией переднего отдела стопы в большинстве случаев (рисунок 7).



Рисунок 7 - Общий вид стопы и плантограммы пациента К., 7 лет, со спастической эквиноварусной деформацией левой стопы, до операции (вверху) и через 2 года после парциальной транспозиции сухожилия передней большеберцовой мышцы на кубовидную кость. Гиперпронация и отведение переднего отдела стопы (внизу)

Вероятная причина этого в том, что при эквиноварусной деформации происходит сближение точек прикрепления инверторов стопы (в основном m. Tibialis posterior), что благоприятствует их гиперактивности, увеличивает силу и приводит к развитию эквиноварусной деформации. Эверторы стопы, первично не страдающие при ДЦП, в этом случае становятся перерастянутыми, ослабленными гиперактивными сгибателями, и гипотрофичными от бездействия. После ликвидации подошвенно-сгибательной контрактуры инверторы значительно растягиваются за счёт удаления точек прикрепления, и благодаря действию реакции опоры в новых условиях, при этом значительно расслабляясь и

теряя гиперактивность. Разгибатели и эверторы стопы, наоборот, значительно усиливаются и активизируются за счёт сближения точек прикрепления в фазу опоры и за счёт уравнивания моментов сил после вентрализации ахиллова сухожилия.

Наши исследования подтверждают точку зрения о возрастании силы мышц одних антагонистов стопы прямо пропорционально снижению силы и спастичности других [10]. При оценке силы дорсифлексоров и эверторов до и после вентрализации ахиллова сухожилия в отдалённом периоде мы получили более чем 2-кратное увеличение их силы. Таким образом, ликвидации подошвенногибательной контрактуры с помощью «удлиняющих» операций или вентрализации ахиллова сухожилия достаточно для уравнивания силы и активности эверторов и инверторов при эквиноварусной деформации. Дополнительной транспозиции сухожилий на наружную колонну стопы, или на тыл стопы через межкостную мембрану не требуется и приводит к гиперкоррекции. Поэтому удлинение задней большеберцовой мышцы в мышечно-сухожильной части чаще всего бывает достаточно для ликвидации выраженных «заднетибиальных» варусных деформаций и лишь незначительное количество пациентов со стойкой «переднетибиальной» эквиноварусной деформацией может нуждаться в парциальной пересадке сухожилия *m. Tibialis anterior* на кубовидную кость по предлагаемой малоинвазивной методике (рисунок 8).

Место удлинения *m. Tibialis post*

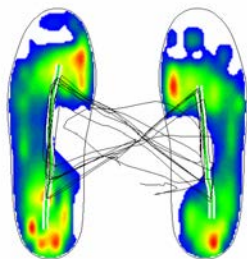


Рисунок 8 - Нормальный общий вид стопы, плантограмма и динамическая педобарография пациента Д. Возраст 10 лет. Д-з : ДЦП. Правосторонний гемипарез. Эквиноварусная деформация правой стопы. 2 года после вентрализации ахиллова сухожилия и удлинения задней большеберцовой мышцы в мышечно-сухожильной части

Выбор же способа пересадки сухожилия задней большеберцовой мышцы (парциально на сухожилие короткой малоберцовой мышцы или целиком через межкостную мембрану) не имеет значения, так как в любом случае приводит к вальгусным деформациям и применимы только при вялых параличах [3].

Выводы

1. Следует более строго подходить к показаниям для дополнительной хирургической коррекции приведено-варусного компонента у больных со спастическими эквиноварусными деформациями стоп.

2. Лёгкий или умеренно выраженный варусный компонент эквиноварусных деформаций при спастических параличах не требует отдельной хирургической коррекции и самоустраняется после ликвидации эквинуса любым из общеизвестных способов.

3. Наиболее эффективными способами хирургической коррекции выраженного варусного компонента эквиноварусных деформаций являются удлинение задней большеберцовой мышцы в мышечно-сухожильной части при «заднетибиальном» варусе и парциальной транспозиции сухожилия передней большеберцовой мышцы на кубовидную кость при «переднетибиальном» варусе предложенным малоинвазивным способом.

Литература

1. Аносов, В.С. Динамическая фотоплантография. Развитие продольного свода стопы / В.С. Аносов, М.С. Михович // Рецепт. – 2005. – № 40 (прил.). – С. 27–29.
2. Методика хирургической коррекции эквинусных деформаций стоп у больных детским церебральным параличом: Инструкция по применению, утв. 11.07.2008г. №020-0308 МЗ РБ.- Л.3. Сычевский [и др.]. – Гродно, 2008. – 6с.
3. Bache, C.E. The management of spastic diplegia /C.E. Bache, P. Selberand, H.K. Graham // Curent Orthopaedics. – 2003. – №17. – P. 88-104.
4. Bennet, G.C. Varus and valgus deformities of the foot in cerebral palsy / G.C. Bennet, M. Rang, D. Jones // Dev. Med. Child. Neurol. – 1982. – №24. – P. 499-503.
5. Bleck, E.E. Orthopaedic management in cerebral palsy / E.E. Bleck - 2nd ed.- London: Mac Keith Press, 1987.- p. 249-251.
6. Edinburgh Visual Gait Score for Use in Cerebral Palsy / S.R. Heather [et al] // Journal of Pediatric Orthopaedics. – 2003.- №23.- P. 296–301.
7. Green, N. E. The orthopaedic management of the ankle, foot, and knee in patients with cerebral palsy. Instr. Course Lect., 1987. – P. 36 – 253.
8. Hoffer, M. M. Contractures in cerebral palsy / M.M. Hoffer, R.T. Knoebel, R. Roberts // Clin. Orthop. – 1987. – №2. – P. 19-70.
9. Kendall, H.O. Muscle Testing and Function / Kendall H.O., Kendall F.P., Wadworth G.E. – Baltimore: Williams and Wilkins, 1971. – P. 3-15.
10. Reimers, J. Functional changes in the antagonists after lengthening the agonists in cerebral palsy. I. Triceps surae lengthening / J. Reimers // Clin. Orthop. Relat. Res. – 1990. – №253. – P. 30-34.
11. Tachdjian, M.O. Atlas of Pediatrics Orthopedics Surgery / M.O. Tachdjian. – Philadelphia: W.B. Saunders, 1994. – Volume 2. – P. 1022-1025.

Поступила 20.03.09

УДК 616.34-008.6:612.398.131:616-005.98

СЛУЧАЙ БЕЛКОВЫХ, «ГОЛОДНЫХ» ОТЕКОВ ЭНДОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

В.П. Водоевич, А.А. Брейдо, С.Т. Зарецкая

Кафедра факультетской терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

4-я городская клиническая больница г. Гродно

Описывается случай гипопропротеинемических отеков, причиной которых явился хронический энтерит. Указывается на необходимость дифференциальной диагностики энтеритов и колитов в связи с различным лечением этих заболеваний.

Ключевые слова: гипопропротеинемические отеки, диагностика, заболевания кишечника.

A case of hypoproteinemic edema caused by chronic enteritis is presented. The importance of differential diagnosis of enterites and colites due to different management of these diseases is underlined.

Key words: hypoproteinemic edema, diagnostics, intestinal diseases.

Экзогенные белковые отеки возникают в результате недостаточного поступления белка с пищей, т.е. во время голодовки, поэтому они называются голодными отеками. Это наблюдалось во время Великой Отечественной войны в блокадном г. Ленинграде, а также перед войной на Украине, в Ставрополе и других местах России во времена «голодомора».

Экзогенные белковые отеки встречаются иногда и в наше время у БОМЖей, злоупотребляющих алкоголем. Ежедневное употребление алкоголя в перерасчете на 500 г водки (2000 ккал) вполне достаточно для покрытия энергетических потребностей организма. Однако, если длительное время употребление алкоголя не сопровождается белковым питанием (мясо, яйца, молоко), то это может привести к белковым, голодным отекам.

Механизм развития отеков сводится к следующему. Отечная жидкость происходит, как и лимфа, из крови. Диффузия воды через стенку капилляров совершается на всем их протяжении. Интенсивный трансапиллярный обмен воды и электролитов не отражается на их распределении между кровью и внесосудистым пространством, т.к. совершается с одинаковой скоростью в обоих направлениях. Наряду с трансапиллярным переходом воды путем диффузии, существует направленный переход воды из крови во внесосудистые пространства. Этому процессу способствует гидродинамическое давление крови, определяемое величиной кровяного (гидростатического) давления и скоростью кровотока в капиллярах, а также онкотическое (коллоидно-осмотическое) давление белков тканевой жидкости. Противостоит выходу жидкости онкотическое давление белков крови и гидростатическое тканевое давление. Величина онкотического давления зависит от концентрации белков (поэтому она больше в крови, чем в тканевой жидкости) и от соотношения между белковыми фракци-

ями (максимальна у альбумина и минимальна у фибриногена). Несмотря на малую величину (25-30 мм рт.ст.), онкотическое давление крови имеет несравненно большее значение для удержания воды внутри сосудистого русла, чем осмотическое давление растворимых в плазме низкомолекулярных веществ. Объясняется это тем, что капилляры функционируют как полупроницаемые мембраны, через которые белки проникают плохо, а кристаллоиды легко. Поэтому концентрация кристаллоидов в плазме и тканевой жидкости почти одинакова. В артериальном конце капилляра гидростатическое давление преобладает над онкотическим, поэтому вода с кристаллоидами и небольшим количеством белка переходит из крови в ткани. В венозном конце капилляра в результате понижения кровяного давления преобладает величина онкотического давления, и поэтому происходит всасывание воды и растворенных в ней кристаллоидов из тканей в кровь. В нормальных условиях избыток воды, кристаллоидов и белков, не резорбированных в венозном конце капилляра, поступает в лимфатические капилляры и уносится из ткани.

Происхождение белковых (онкотических) отеков эндогенного характера связано с патологией внутренних органов. Это может происходить при заболеваниях почек (гломерулонефриты, амилоидоз почек), когда со вторичной мочой выводится из организма много белка, прежде всего, мелкодисперсного - альбуминов, «ответственных» за онкотическое давление крови. Белковые отеки возникают и при заболеваниях печени (циррозы, гепатиты), когда в печени мало вырабатывается альбуминов.

Мы приводим случай гипопропротеинемических отеков, возникших при синдроме нарушенного всасывания (мальабсорбции). Как правило, развитию этого синдрома предшествует синдром мальдигестии (нарушенного полостного и (или) пристеноч-

ного пищеварения), а завершает процесс развитие синдрома мальассимиляции (нарушение ассимиляции питательных веществ).

К первичным нарушениям всасывания относятся генетически детерминированные заболевания, которые вызываются веществами, оказывающими токсическое влияние на слизистую оболочку (глютенная или соевая энтеропатия, коллагеновая и тропическая спру, алактазия). Вторичные нарушения всасывания связаны с заболеваниями кишечника (хронический энтерит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона) и поджелудочной железы, и они встречаются значительно чаще [1].

Различают три степени тяжести синдрома нарушенного всасывания:

I степень – снижение массы тела (не более 10 кг), уменьшение работоспособности, отдельные качественные нарушения питания (симптомы витаминной недостаточности и трофические нарушения, положительные симптомы «мышечного валика» – повышенной нервно-мышечной возбудимости вследствие дефицита кальция). II степень – потеря массы тела часто более 10 кг, многочисленные и более выраженные качественные нарушения питания (трофические нарушения, гиповитаминозы, электролитные нарушения – дефицит калия, кальция, железа). У части больных – гипохромная анемия, гипофункция половых и других эндокринных желез. III степень – прогрессирующее снижение массы тела, дистрофические изменения кожи, ногтей, волос, более выраженные симптомы гиповитаминоза и электролитных нарушений, боль в икроножных мышцах, костях, гипопротеинемия, отеки, анемия, гипотензия, нарушения менструального цикла у женщин и половая слабость у мужчин.

Больная С., 39 лет (история болезни №8073), ИП, поступила в терапевтическое отделение 4-й городской клинической больницы г. Гродно 23.09.08 г. с жалобами на отеки стоп, голеней, бедер, вздутие живота, обильный кашицеобразный стул 2 раза в сутки с кусочками непереваренной пищи, общую слабость.

Считает себя больной 3 года, когда после сильного стресса (смерть отца и мужа) перенесла и пищевое отравление, которое сопровождалось рвотой, болями в животе, поносом (стул был водянистый, более 10 раз в сутки) в течение недели. К врачам не обращалась, принимала угольные таблетки, антибиотики. После этого стала отмечать периодическое вздутие живота, иногда ноющие боли в области пупка, расстройство стула – стул стал жидкий, кашицеобразный, 2-3 раза в сутки с кусочками непереваренной пищи. Аппетит не терялся, причем, в достаточном количестве употребляла белковую пищу, но больная похудела. Лечилась 2 раза стационарно – в феврале 2007 года в гастроэнтерологическом отделении 2-й городской боль-

ницы и в декабре 2007 года в терапевтическом отделении 4-й городской больницы. Выписывалась с улучшением. Однако рекомендуемое после стационара лечение не проводила. И у больной за два месяца до поступления в стационар стали появляться отеки на стопах, потом на голенях, бедрах, что заставило ее обратиться за медицинской помощью.

Из перенесенных заболеваний отмечает аппендэктомия, кесарево сечение – имеет одну дочь в возрасте 18 лет.

При поступлении – общее состояние больной удовлетворительное. Отмечаются массивные, мягкие, легко смещаемые отеки ног (стопы, голени, бедра) и поясницы. Кожные покровы чистые, влажные, без шелушений. В легких дыхание везикулярное, число дыханий в 1' – 18. Сердце – тоны ритмичные, ясные, ЧСС в 1' – 76. Артериальное давление крови – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, несколько обложенный белым налетом у корня, сосочки не атрофированы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, отмечается урчание слепой и поперечно-ободочной кишок при пальпации. Печень, селезенка – не увеличены. Общий анализ крови (ОАК): эритроц. – $3,73 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, тромбоц. – $243 \times 10^9/л$, лейкоц. – $7,8 \times 10^9/л$, эоз. – 1, палоч. – 1, сегм. – 54, лимф. – 39, мон. – 5, СОЭ – 17 мм/час. Общий анализ мочи (ОАМ): уд. вес – 1012, белок – отр., сахар – отр, лейкоц. – 0-2 в п/зр. Биохимический анализ крови (БАК): сахар крови – 4,6 ммоль/л, билирубин – 13,58 ммоль/л, АсАТ – 0,52 ммоль/ч.л./, АлАТ – 0,26 ммоль/ч/л, холест. – 3,7 ммоль/л, мочевины – 3,4 ммоль/л, креатинин – 64,9 мкмоль/л, калий – 4,21 ммоль/л, натрий – 136,7 ммоль/л, хлор – 107,3 ммоль/л, кальций – 2,88 ммоль/л, сывороточное железо – 17,2 ммоль/л, общий белок – 45,3 г/л, альбум. – 16,5 г/л. Капрограмма: мышечные волокна перев. +++, нейтр. жир +, непер. клетч ++, крахм. ++, йодиф. бакт. +, лейкоц. – един.

УЗИ органов брюшной полости: печень, селезенка, поджелудочная железа, почки, желчный пузырь – в норме. УЗИ щитовидной железы: диффузное увеличение, левая доля $9,4 \text{ см}^3$, правая – $9,0 \text{ см}^3$. УЗИ матки и яичников: матка расположена правильно, не увеличена, структура миометрия однородна, в левом яичнике экзонегативные образования в диаметре 3,4 мм – кисты.

ЭКГ – ритм синусовый, снижение вольтажа в стандартных отведениях.

Колоноскопия: эндоскоп введен до купола слепой кишки. Стенка кишечника эластична, просвет зияет, патологического содержимого в просвете кишечника нет. Складки слизистой сглажены, слизистая бледно-розового цвета, трещин и геморроидальных узлов не обнаружено. Ирригоскопия: ретроградно барий свободно и безболезненно заполнил все отделы толстого кишечника, язв и сужений в кишечнике не обнаружено.

Эзофагогастродуоденоскопия: признаки рефлюкс-гастрита вне обострения, признаки ДЖВП.

Характер отеков не вызывал сомнения, что они белковые (а точнее – безбелковые). Как наиболее частая причина этих отеков – патология почек, печени исключалась на основании изложенных выше объективных и лабораторно-инструментальных методов исследования. Надо было еще исключить и патологию щитовидной железы (см. увеличение на УЗИ), т.к. при гипотиреозе (микседема), так и при тиреотоксикозе (*oedema tibialis*) могут наблюдаться отеки, правда, не такого характера, как у нашей больной. Однако содержание в крови трийодтиронина (T_3 – общий, 1,5 нмоль/л) и тироксина (T_4 – общий 68,2 нмоль/л) оказалось в пределах нормы.

Клинически не имелось данных и за неспецифический язвенный колит, хронический панкреатит, болезнь Крона, при которых могут возникнуть гипопропротеинемические отеки.

Следовательно, причиной синдрома нарушенного всасывания (прежде всего, гипопропротеинемии) и отеков является поражение тонкого кишечника (хронический энтерит), возникшее после перенесенной кишечной инфекции 3 года назад. Статистика показывает, что причиной хронического энтерита в 40% случаев является инфекция – стафилококковая, сальмонеллы, дизентерия, иерсинии, энтеровирусная инфекция. За поражение тонкой кишки (преимущественно тощей) указывает полифекалия с кусочками непереваренной пищи, креаторея, частота стула 1-3 раза в сутки, в отличие от поражения подвздошной кишки, где стул водянистый, пенистый 6-8 раз в сутки [2].

Снижение содержания белка в крови у больной наблюдалось и в декабре 2007 года (истор. болезни № 9296): общий белок – 43,6 г/л, альбумины – 23,1 г/л. Больная получала: 5% раствор альбумина внутривенно, витаминотерапию, панкреатин. Ферментные препараты было рекомендовано принимать и дома, однако, как мы указывали выше, больная их не принимала.

Во 2-й городской больнице (истор. болезни № 994 от 06.02.07 г.) белковые фракции в крови не определялись и больная лечилась с диагнозом хронического колита, хотя в кале не было слизи, лейкоцитов, клеток кишечного эпителия, а были изменения, характерные для поражения тонкого кишечника: мышечные волокна, крахмал, непереваренная клетчатка. Не характерны для неязвенного колита гипопропротеинемия и отеки. Ферментные препараты при выписке не рекомендовались.

Данный случай описан с тем, чтобы заострить внимание практических врачей подходить дифференцированно к постановке диагноза хронического энтерита или колита (возможно, и сочетанной патологии), учитывая жалобы больных, анамнез, объективные и лабораторные данные, т.к. лечение этих заболеваний существенно отличается.

Особенность данного случая состоит и в том, что кроме гипопропротеинемических отеков, характерных для тяжелой степени (III ст.) синдрома нарушенного всасывания, у больной не было других нарушений, которые должны при этом наблюдаться: электролитные сдвиги (дефицит калия, кальция, железа); дистрофические изменения кожи, ногтей, волос; явления гиповитаминоза, анемии; нарушений менструального цикла. Поэтому «купировать» отеки у нашей больной удалось только введением 5% раствора альбумина (по 200 мл – 5 раз) с небольшой дозой гипотиозида (25 мг) через день *per os*. Общий белок повысился до 51,6 г/л, альбумины – до 30 г/л. В настоящее время больная постоянно принимает ферментные препараты, чувствует себя неплохо, отеки не появляются.

Литература

1. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение болезней пищеварения. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001. – 704 с.
2. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т.1. Диагностика болезней органов пищеварения. – М.: Мед. лит., 2002. – 560 с.

Поступила 24.02.09

УДК 616.132-007.64-07-089

СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ СО СВОЕВРЕМЕННОЙ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

И.В. Караулько, С.Н. Гриб

Кафедра поликлинической терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «ГЦПТ» 6-я городская поликлиника

Нами представляется случай ранней диагностики расслаивающей аневризмы аорты у больной на поликлиническом этапе с последующим успешным кардиохирургическим протезированием аорты с реимплантацией крупных ее ветвей в условиях искусственного кровообращения.

Ключевые слова: случай, ранняя диагностика, расслаивающая аневризма аорты, протезирование аорты.

The paper presents a case of making an early diagnosis in the patient with dissecting aortic aneurysm at the polyclinic stage. It also describes the following successful cardiosurgical replacement of the aorta with its large branches reimplantation under artificial circulation.

Key words: case, early, dissecting aortic aneurysm, replacement of the aorta.

Расслаивающая аневризма аорты (РАА) – это особый вид аневризм грудного отдела аорты, характеризующийся образованием дефекта внутренней оболочки стенки аорты с последующим ее продольным расслоением в дистальном, реже в проксимальном направлении и проникновением потока крови в дегенеративно измененный средний слой с образованием внутрстеночной гематомы или фенестрацией (обратным прорывом ложного канала в просвет аорты) с образованием т.н. двуствольной аорты, или же наружным разрывом аорты. Частота РАА на один млн населения составляет 5-10 человек в год [5]. Прижизненная диагностика РАА в учреждениях здравоохранения Москвы составляет от 1 до 50 %, причем, на догоспитальном этапе только 3,6% случаев. Смертность при консервативном лечении – 88-100%, причем, за 1-е сутки – 28%, за 2-е сутки 50%, за 7 дней – 70%, а за 3 месяца 90%. Большинство пациентов погибает на догоспитальном этапе [4]. Трудности диагностики РАА связаны с рядом особенностей клинической симптоматики и течения: схожесть клиники РАА с инфарктом миокарда, заболеваниями средостения, мозга и даже органов брюшной полости; тяжесть больных, не позволяющая получить необходимую инструментальную информацию, невозможность транспортировки в высокоспециализированные хирургические учреждения.

Наиболее частой этиологической причиной РАА у лиц молодого возраста является синдром Марфана (40%), идиопатический медионекроз Эрдгейма (40%), а у пожилых – атеросклеротическое поражение аорты (6%), пороки аортального клапана (двустворчатый клапан) – (7%), сифилитический мезоаортит – (12%), травма (1%) [1, 2, 7, 9].

Ведущими признаками, провоцирующими непосредственно расслоение аневризмы, являются АГ (70%) и физическая нагрузка (30%) [4].

Впервые термин «anevrisme dissequant» (расслаивающая аневризма) использовал Laennec в 1819г.

Различают аневризмы врожденные (при синдроме Марфана, медионекрозе), воспалительные (сифилитические, при анкилозирующем спондилоартрите, болезни Рейтера, инфекционном эндокардите), невоспалительные (атеросклеротические, травматические) [5, 8].

Классификация РАА основывается на анатомической локализации разрыва интимы, распространенности расслоения и сроках его развития, т.к. эти факторы определяют тактику лечения и прогноз.

Наиболее широко используется классификация М.Е. De Bakey с соавт. (1965, 1982) [1, 3, 5, 6].

1 тип – расслоение восходящей аорты независимо от места разрыва интимы с дистальным расслоением, вплоть до подвздошных артерий.

2 тип – разрыв интимы располагается в восходящей аорте, расслоение достигает устья брахиоцефального ствола, осложняется аортальной регургитацией.

3 тип – расслоение начинается ниже устья левой подключичной артерии, распространяется дистально до диафрагмы (3а тип) или на брюшную аорту, вплоть до подвздошных артерий (3 б тип).

1 и 2 типы называют «проксимальным», а 3 – «дистальным».

По клинической картине выделяют инфарктоподобную, абдоминальную, почечную, неврологическую, легочную формы РАА. В течении РАА выделяют острое течение (несколько часов – 1-2 дня), которое заканчивается смертью; подострое (несколько дней – 2-3 недели), хроническое (несколько месяцев) [1, 5].

Ведущее клиническое проявление РАА – болевой синдром. Он имеет следующие особенности: внезапное начало, быстрое достижение максимальной интенсивности, широкая сфера иррадиации,

наклонность к распространению, устойчивость к наркотическим средствам. Боль может быть острой, разрывающей, «кинжальной». Сильная боль может исчезнуть, затем вновь появиться, указывая на угрожающий разрыв.

При 1 типе РАА боль иррадирует в межлопаточное пространство и позвоночник (75%), руки (37%), поясницу и ноги (56%), реже в живот (31%), что указывает на дальнейшее расслоение стенки аорты и вовлечение ее крупных ветвей. Болевой приступ сопровождается двигательным беспокойством, больные «не находят себе места». У 1/3 больных на высоте боли развивается шок или потеря сознания. Вовлечение в процессе расслоения или сдавление внутривисцеральной гематомой магистральных ветвей аорты сопровождается острой ишемией головного мозга или спинного мозга, вазоренальной гипертензией, ишемией рук и ног (клинически такие неврологические расстройства называются «каротидной гемиплегией»). Возможно развитие расстройств мезентериального кровообращения с ишемией и некрозом кишечника, а также гемоперикарда. Аускультативно внезапно появляется диастолический шум над аортой, который проводится по правому краю грудины, обусловленный циркулярным разрывом интимы в надклапанном пространстве с дисфункцией аортального клапана и пролабированием интимального лоскута в его просвет. Диагноз устанавливается на основании типичной клинической картины, при этом учитывается несоответствие выраженности болевого синдрома и отсутствие на ЭКГ данных, характерных для инфаркта миокарда, а также миграция болевого синдрома. Диагноз подтверждается с помощью трансторакальной или чрезпищевой Эхо-КГ, где находят дилатацию корня аорты, флотирующие фрагменты интимы, изображение истинного и ложного просветов (диссекция интимы), аортальную регургитацию, иногда фенестрационные потоки; компьютерной спиральной томографией и ангиографией [4, 6, 2].

Нами представляется случай диагностики РАА на поликлиническом этапе обращения больного с последующей транспортировкой в РНПЦ «Кардиология» и успешным хирургическим лечением.

28.11.08 г. на консультацию к доценту пришла больная Ж., 58 лет, с жалобами на сильные жгучие боли за грудиной, возникшие во время глотания, быстро нарастающие по интенсивности и не снимающиеся нитроглицерином. Поскольку больная была в отпуске в районе, то скорой помощью доставлена в Берестовицу, в реанимационное отделение, где возникло подозрение на инфаркт миокарда (ИМ). Боли уменьшались от введения промедола на очень короткое время, на ЭКГ признаков ИМ не было выявлено. Через 4 дня больная была по настоянию выписана и обратилась уже по месту жительства в г. Гродно в 6-ю поликлинику. За это время боль сместилась в межлопаточное простран-

ство с иррадиацией в обе руки, затем в поясничную область, стала носить опоясывающий характер. Динамики на ЭКГ не было. При объективном обследовании: больная бледная, из-за боли не находит себе места. PS частый, 92 уд/мин, правильный. АД – 150/90 (в анамнезе АД П ст., риск 2). Сог – расширено влево до средне-ключичной линии, 1 тон приглушен, на верхушке систолический шум, над аортой и по правому краю грудины – протодиастолический шум. Со слов больной, ранее никаких шумов в сердце не выслушивалось. Динамики на ЭКГ в плане проявления признаков ИМ нет. Заподозрена РАА. Больная сразу же отправлена на трансторакальную доплер-Эхо-КГ в той же поликлинике, где найдены следующие изменения: расширение корня и восходящей аорты (до 52 мм), над правой коронарной створкой аортального клапана определяются фрагменты флотирующей интимы; аортальная регургитация 3 ст, дилатация левого предсердия. Это подтвердило диагноз РАА. Больная срочно отправлена в сосудистую хирургию в областную больницу г. Гродно. Там с помощью компьютерной томографии был подтвержден диагноз РАА, захватывающей дугу и нисходящий отдел, вплоть до диафрагмы. В тот же вечер больная по санавиации реанимобилем отправлена в РНПЦ «Кардиология» г. Минска, куда поступила 28.11.08 г.

При поступлении – состояние тяжелое. Бледность кожных покровов. Цианоза нет. Отеков нет. PS 84 уд/мин, ритмичный. АД 160/70 мм рт. ст. Сог: границы сердца не расширены, диастолический шум на аорте. Легкие норма. Печень у края реберной дуги.

Ангиография: Ао клапан – недостаточность 4 ст. Общий диаметр в восходящем отделе 53 мм, на уровне дуги – 33 мм. Определяется диссекция интимы от правой коронарной створки аортального клапана на всем протяжении аорты с распространением на левую подвздошную артерию. Брахиоцефальный ствол (БЦС) вовлечен в расслоение – визуализируется спиральная диссекция. В устье левой общей сонной артерии (ОСА) определяется поперечное просветление (интимальный лоскут?). Левая подключичная артерия без видимой патологии.

Правая почечная артерия на уровне L2. Контрастируется из истинного просвета. В устье отмечается поперечное просветление (Перегиб? Диссекция?) Четкая фаза нефрограммы. Слева почечная артерия не контрастируется, фаза нефрограммы не определяется. Висцеральные артерии контрастируются из истинного просвета. Селективная катетеризация коронарных артерий не представляется возможной.

ЭхоКГ: аорта 38, в восходящем отделе 50 мм, дуга 42 мм, диссекция интимы. Ао клапан – регургитация 3 ст. ЛП 42, ЛЖ 47/29, КДО 104/113, КСО 31/45, ФВ 70/60%. Трикуспидальный клапан – ре-

регургитация 1 ст. ПЖ 18. ДЛА 26 мм рт. ст. Сепарация листков перикарда до 11 мм. Слева около 200 мл жидкости, справа – незначительное количество.

Клинический диагноз: Синдром Марфана. Острая расслаивающая аневризма аорты тип 1 по De Bakey. Относительная недостаточность аортального клапана. Н 2А (NYHA 4). Артериальная гипертензия II ст.

Риск 4.

28.11.08 – по жизненным показаниям произведена операция: протезирование восходящей аорты, дуги аорты по Борсту, реимплантация брахиоцефального ствола, протезирование общей сонной артерии, левой подключичной артерии в условиях искусственного кровообращения.

В п/операционном периоде – инфаркт спинного мозга эмболический с поражением левой половины спинного мозга на уровне Th8 – Th12 с синдромом Броун-Секара (динамика положительная). Осмотрена неврологом, эндокринологом. Пунктировалась плевральная полость слева – удалено около 900 мл серозной жидкости (последняя пунктиз 15.12).

Р-гр ОГК от 01.12.08: легкие расправлены. Снижена пневматизация левого легкого.

УЗДГ БЦА от 02.12.08: Слева по подключичной артерии, по левой ОСА, внутренней сонной артерии (ВСА) просвет свободен. Скоростные и спектральные параметры удовлетворительного магистрального кровотока. Позвоночные артерии: D=S, потоки антеградного направления. Справа: от устья до бифуркации ОСА лоцируется полуциркулярное расслоение интимы с тромбообразованием ложного просвета и стенозированием истинного максимально до 50%, без значимого ускорения ЛСК. Просвет устья ВСА свободен. Четкая визуализация устья БЦС затруднена. Брюшная аорта не расширена, в продольном скане в просвете лоцируется линейная структура (интима), флотирующая током крови, и наличие нескольких фенестирующих потоков. Правая почечная артерия: ЛСК 0,85-1,0 м/с. Левая почечная артерия: в устье поток достоверно не регистрируется, однако размеры почки не уменьшены 116 x 59 мм, паренхима 13 мм. По подвздошной артерии слева без значимого ускорения ЛСК.

ЭхоКГ: аорта 37 мм. Ао клапан – норма. Митральный клапан – регургитация 0-1 ст. Трикуспидальный клапан – регургитация 1-2 ст. ЛП 41мм, ЛЖ 47/25, КДО 102/76, КСО 23/19, ФВ 77/75%. Нарушений локальной сократимости нет. В полости перикарда до 100 мл дополнительной жидкости.

Эхо-КГ-ПП (16.12.08 г.) Перикард: сепарация листков по задне-боковой стенке ЛЖ 13-15 мм, за ПЖ 10 мм, за ПП 10 мм, у верхушки ЛЖ – 5 мм.

Плевральные полости: слева – незначительное количество жидкости, справа жидкости – нет.

Лечение:

Цефтриаксон, далацин, кеторол, фраксипарин, аспирин, бисопролол, рамиприл, омега-3, дексаметазон, дипроспан, нейромедин, актовегин, эмоксипин, пирацетам, биофлор, медрол, целебрекс, диабетон, лантус, ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж.

Выписана 17.12.08 г.

В настоящее время больная проходит лечение в реабилитационном отделении кардиодиспансера. Движение в конечностях восстановлено. Больная ходит на пешие прогулки.

Случай интересен не только в плане своевременной ранней диагностики РАА с успешным хирургическим лечением, но и редко встречающимся спорадическим вариантом синдрома Марфана у больной 58 лет без типичных признаков поражения опорно-двигательного аппарата (арахнодактилия) и нарушений зрения (подвывих хрусталика), также как и семейной наследственности заболевания (у больной имеется 2 здоровых детей и неотягощенная наследственность [5]). В случаях, если при гистологическом исследовании после операции обнаруживают медионекроз, его считают идиопатическим (болезнь Эрдгейма) [1, 9, 10].

Литература

1. Белов, Ю.В. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения аневризм и расслоений восходящего отдела дуги аорты / Ю.В. Белов, А.Б. Степаненко, Ф.В. Кузнецовский // Российский кардиологический журнал. – 2004. – № 5. – Режим доступа: <http://www.medi.ru>. – Дата доступа: 06.01.2009.
2. Вилкенсхоф, У. Справочник по эхокардиографии / У. Вилкенсхоф, И. Крук. – Москва: «Медицинская литература», 2007. – С. 67-72.
3. Дедуль, В.И. Трудности и ошибки в диагностике расслаивающей аневризмы аорты / В.И. Дедуль, И.А. Серафинович // Журнал ГрГМУ. – 2004. – № 4. – С. 63-67.
4. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / под ред. В.В. Митькова, В.А. Сандрикова. – Москва: Видар, 1998. – С. 190-198.
5. Комаров, Ф.И. Дифференциальная диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей / под редакцией Ф.И. Комарова. – Москва: «Медицина», 2003. – Т. 1 – С. 307-325.
6. Марушкей, Ю.М. Случай диагностики острой расслаивающей аневризмы, осложненной перикардитом / Ю.М. Марушкей, А.С. Кучиц, С.А. Неклюдов // Тер. архив. – 2003. – Т.75, № 4. – С. 64-65.
7. Нечаева, Г.И. Синдром Марфана в практике кардиолога: диагностика, лечение, возможность беременности и родов / Г.И. Нечаева, И.А. Викторова // Кардиология. – 2005. – Т. 45, № 12. – С. 79-87.
8. Пырочкин В.М. Расслаивающая аневризма аорты. Учебное пособие для студентов 4-6 курсов и врачей / В.М. Пырочкин, Е.В. Мирончик. – Гродно, 2004. – С. 36.
9. Протезирование восходящей аорты с реимплантацией аортального клапана / В. Харрингер [и др.] // Хирургия сердца и сосудов. – 2001. – № 2. – С. 67-72.
10. Хирургическое лечение болезней с аневризмой восходящей аорты и поражением трех клапанов сердца при синдроме Марфана / Ю.В. Белов [и др.] // Кардиология. – 2005. – Т. 45, № 12. – С. 103-107.

Поступила 13.02.09

УДК 378.14:61

РОЛЬ И МЕСТО ЛЕКЦИИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ЛИЧНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

В.С. Васильев, д.м.н., профессор

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В статье рассмотрены методические вопросы оценки роли и места лекции в организации учебного процесса в высшем медицинском образовании.

Ключевые слова: лекция, учебный процесс, медицинское образование.

This article presents methodological aspects and role of the lecture in organization of study process in high medical education in modern period.

Key words: lecture, study process, medical education.

Рассматривая роль и место лекции в учебном процессе, нужно признать, что с зарождения высшего образования она была ключевой формой обучения. Лекция органически объединяла в целое определенный объем знаний, тем самым обеспечивала формирование учебных дисциплин. В силу своей мобильности по содержанию лекции, помимо основной информации, позволяли дополнять материал новыми сведениями, знаниями, подчас умениями, ускоряя тем самым процесс распространения новых знаний у обучающихся. Лекции во многом восполняли дефицит учебной литературы, тем более, что учебники не были столь мобильными и «работали» 10-15, а то и более лет и, естественно, отставали в предоставляемой информации. Лекция помогала удовлетворению «любопытства» активным студентам, нацеливая их на самостоятельное получение информации. Усвоению материала во многом способствовало и качество чтения лекции, что выражалось авторитетом лектора, уровнем его знаний, профессиональной подготовкой, а также четкостью, последовательностью изложения, артистизмом, способностью «владеть» вниманием аудитории. У каждого преподавателя, наверняка, есть пример запомнившихся лекторов, как в процессе личного обучения, так и коллег по работе. Подчас эта память держит не столько научный уровень лекций, сколько именно артистизм, доходчивость и свободу при изложении. Вместе с тем одна и та же лекция с позиций студента и коллеги-преподавателя может иметь разную оценку именно исходя из различности критериев.

Работая в составе большой комиссии по госпроверке одного из медвузов Украины, автор этих строк был направлен на лекцию профессора, который по анонимному опросу студентов получил самую низкую оценку. В составе комиссии из трех профессоров я исправно прослушал лекцию и, как и мои коллеги, пришел к единому мнению: по содержанию, методической выдержанности, уровню излагаемого материала лекция полностью соответ-

ствовала требованиям программы. Страдала манера изложения, так как она была изложена монотонно, «серо», в ней не было эмоциональной активности лектора. При подведении итогов мне пришлось привести старую «классификацию» лекторов, наверное, придуманную студентами, которые разделяли их на «лошадей», «куриц» и «соловьёв». Думаю, что читатель поймет, в чем суть этой градации. Исходя из этого, нужно признать, что аудиторию завораживают ораторское мастерство лектора, четкость дикции, способность увлечь большинство слушателей, а то и аудиторию в целом. Однако, думаю, что непременным качеством каждого лектора должна быть как высокая ценность материала, так и свободное владение им. Отнюдь, я не противник наличия некоего конспекта, расширенного или краткого плана лекции под рукой. Это дисциплинирующий фактор, руководство для самоконтроля, для осмысления лекции, как до её изложения, так и для самооценки качества после прочтения. Я категорически не воспринимаю как хорошую лекцию – диктант с «повторами» и акцентуацией. Эта лекция с моих позиций «никакая». Как правило, такая манера изложения свойственна лекторам, которые, будучи экзаменаторами, требуют при ответе от студента пунктуального воспроизведения «лекционного» материала, а по сути отражают не столько знания, сколько способность студента «угодить» педагогу, «зазубрив» сказанное им.

Говоря о наработке искусства лекционного материала, нужно признать, что каждый преподаватель выбирает себе свой пример для подражания. Кто-то вырабатывает свою индивидуальную манеру чтения, впитывая то лучшее, что находит у многих предшественников, учителей и коллег. Не всегда примером служит свой непосредственный научный или педагогический учитель. Многое зависит от личных качеств самого преподавателя, его склада ума, темперамента, способности к этому виду деятельности в учебном процессе. Многое зависит от способности «обрабатывать», аккумуля-

лизовать не только профессиональную информацию, но и от общеврачебной, общебиологической подготовки и эрудиции. Немаловажную роль играют общечеловеческие знания, знания психологии, логики и т.д. Мы знаем, что в преподаватели приходят в основном через аспирантуру, клиническую ординатуру. Именно поэтому было бы полезным в программах кандидатских экзаменов предусмотреть некий зачет по знанию законов логики и риторики. Это некоторым покажется нонсенсом. Но только на первый взгляд. Польза просматривается всегда в будущем. У нас как-то понемногу стала забываться практика «пробных» лекций с обязательным обсуждением и оценкой её коллегами. Это особенно важно при соискании ученого звания «доцента». Настоящее же положение по сути своей побуждает только к самообразованию, в этом искусство лектора, хотя подобная практика, по сути своей, метод проб и ошибок.

В системе высшей школы Российской империи соискатели доцентских и профессорских должностей должны были читать не одну, а несколько пробных лекций, особенно при зарождении новых дисциплин или курсов. На год и более эти преподаватели находились в должности «приват-доцента». Я не ратую за возрождение такой практики, но то, что в этом «прошлом» было рациональное зерно, сомнений не вызывает. Думается, что способности лектора-преподавателя должны, помимо знаний и умений, сочетаться с его высокой степенью самоконтроля и самокоррекции. Взгляд на искусство лектора со стороны так же важен в оценке качества лекций. В том числе и оценка их со стороны студентов. Когда-то силами проректора по учебной работе Н.К. Лукашика и не единожды в последующем силами автора этих строк у нас проводилось анонимное анкетирование студентов после последнего государственного экзамена, когда студент был уже полностью «раскрепощён» и независим. Постановочных вопросов было много и разных. Но, кроме организационных, этических и деонтологических проблем ставился вопрос оценки качества читаемых лекций. Этот подход и теперь бы во многом ответил на вопрос, нужны или не нужны лекции вообще, и какими им быть.

Несколько слов о клинической лекции с демонстрацией больного. Они особенно широко практиковались не только в 18, 19 веках, но и в двадцатом столетии. По крайней мере, в мою бытность студентом я их знал. Теперь уже через призму времени и с учетом моих личных убеждений эти лекции явно себя изжили. Они несли и несут массу сложных этических и деонтологических проблем. Демонстрация больных в тяжелом состоянии тем более ущербна. Демонстрация инфекционных больных чревата организационными сложностями (опасность заражения, необходимость последующей дезинфекции и относительно небольшой ин-

формативности ввиду исходной слабой осведомленности аудитории и т.п.).

Нельзя обсуждать проблему лекции, не коснувшись вопросов ее структуры, методически требуемых разделов. Если лекция монотематична (например, нозология), то она содержит введение (актуальность проблемы), перечень разделов, обсуждаемых в ней, фактологический материал (сущность проблем этиологии, эпидемиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения, профилактики) и заключения, в котором делается акцент на имеющиеся, сохраняющиеся проблемы. Последнее нередко опускается, хотя, мне кажется, это важно в деле определения сложностей работы врача. Естественно, что теперь, когда в силу сложившейся ситуации не только уменьшилось количество лекций, но и их продолжительность (1 час), то выдержать указанные методические условия просто невозможно, а при попытке это сделать возникает угроза элементарного профанирования. Естественно, возникает вопрос: нужна ли лекция вообще? Наверное, первая лекция, преследующая в любой дисциплине ознакомительно-познавательные и философские проблемы специальности, должна сохранить себя. Такая лекция должна основываться на полученном ранее базисе фундаментальной подготовки, что подчеркнет преемственность в освоении медицинской науки в целом. Именно благодаря ей у активно работающего студента (слушающего!) подсознательно формируется убеждение в нужности (полезности!) полученных ранее знаний, растет уровень и глубина общемедицинской и общебиологической подготовки. Вряд ли целесообразно чтение лекций по нозологии, кроме тех, которые посвящены «новой патологии». Скорее, нужны лекции – «путеводители», которые определяют особенности или «общность» близкой патологии. Из нашего опыта к подобным лекциям мы перешли более десяти лет назад. Крайне нужны в конце курса 2-3 лекции (полезно двухчасовые), в которых на завершающем этапе излагаются все насущные проблемы изучаемой патологии, особенно нерешенные, спорные, пусть даже противоречивые. Такой подход у активной студенческой аудитории вызовет живой интерес, будет способствовать формированию реальной значимости получаемой информации и откроет перспективу для возможных научных изысканий. Проблематичность, а подчас и спорность изложения заставит отдельных студентов обращаться не только и не столько к фундаментальным изданиям, но и к периодической печати, интернету. Наверное, это и приведет к реализации мудрости: «Студент не сосуд, который нужно наполнить, а факел, который нужно зажечь». Все ли готовы к чтению таких лекций? Наверное, нет! Да и не поощряется эта работа. Ведь за подготовку к лекции преподаватель получает всего 2 часа. По-настоящему она должна

оцениваться в противовес обычной лекции в 20-25 раз больше. Говоря о подобных лекциях, необходимо остановиться и на технологическом их оформлении. Здесь, как нигде, необходимо хорошее иллюстративное сопровождение. Современное мультимедийное обеспечение позволяет «держат» аудиторию в напряженном внимании, отражая ключевые (узловые) моменты лекции яркой наглядностью, отражающей достижения мировой, отечественной науки и, что всегда впечатляет, работами нашего вузовского коллектива. Хотелось бы, правда, уберечь от чрезмерной насыщенности (вернее, перенасыщенности) иллюстративным материалом. В последнем случае «мелькание» кадров скорее рассеет внимание, чем сконцентрирует его.

Проблемные лекции особенно хорошо «работали» бы при организации учебного процесса по «блочному» варианту, когда лекции читаются во время цикла, который одновременно проходят 4-5 групп. Такой подход в своё время был реализован профессором Подлевским А.Ф. на кафедре инфекционных болезней Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института (теперь Санкт-Петербургская медицинская академия имени И.И. Мечникова). Мы не готовы пока к блочному варианту организации учебного процесса на большинстве клинических кафедр, так как не везде есть возможность для аудиторной работы с 4-5

учебными группами при чтении лекций. Вряд ли это станет возможным в условиях ожидаемых «массовых» приемов (около 1000 человек на курс).

Стоит обсудить и такую возможность, как организация постоянно действующего межкафедрального лектория по актуальным проблемам медицины и биологии. Особенно он был бы хорош для молодых преподавателей и студентов старших курсов. Авторитет ученых нашего университета достаточно высок и, наверняка, на каждой кафедре найдется увлеченный сотрудник, который подготовит научную лекцию. Думается, что это будет более полезным, чем действующие элективы, которые, по сути своей, представляют расширенный вариант отдельных разделов учебной программы.

Всякое новое – это не только хорошо забытое старое, оно всегда вносит оживление в работу. Поднимая указанные выше проблемы и вопросы, автор статьи льстит себя надеждой, что в порядке дискуссии и благодаря ей на страницах нашего журнала нам удастся выработать тактику в организации лекционной составляющей учебного процесса. Если признать, что развитие это спиралеобразный процесс, то есть все основания думать, что лекция может быть востребована в практике высшей школы для обучающейся студенческой аудитории в новом, более совершенном варианте.

Поступила 03.02.09

УДК 159.9

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В СТРУКТУРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПСИХОЛОГОВ

А.П. Лобанов, к. психол. н., доцент

УО «Белорусский государственный педагогический университет»

В статье представлен анализ теорий и моделей интеллектуальной компетентности и результаты исследования интеллектуальной компетентности студентов с теоретическим и практическим профилем профессионализации.

Ключевые слова: компетентностный подход, компетенция, интеллект, интеллектуальная компетентность.

The article considers the systems analysis of the intellectual competency in higher education system. The competency is viewed as a factor of professionalism of a psychologist.

Key words: competency-based approach, competency, intelligence, intellectual competency.

Парадигма основанного на компетенциях образования является результатом преодоления оппозиции между усваиваемыми в вузах академическими знаниями и эффективностью их применения на практике. Другими словами, возникла реальная необходимость перманентной оценки результатов образовательного процесса и профессиональной подготовки будущих специалистов. Компетентностный подход устранил противоречие между ориентацией на общее интеллектуальное развитие и направленностью на практико-ориентированные достижения в конкретной профессиональной деятельности, что привело к обоснованию новой проблемной области исследований – интеллектуальной компетентности.

Понятие интеллектуальной компетентности. В качестве предпосылок названных выше исследований можно назвать, во-первых, недостаточную прогностичность тестов психометрического интеллекта относительно профессиональных достижений; во-вторых, новые данные о значении метакогнитивных способностей и стратегий в познавательной деятельности и в обучении; в-третьих, процессы демократизации образования, которые привели к необходимости непрерывного образования (образования через всю жизнь) и одновременно нивелированию роли психометрического интеллекта благодаря внедрению новых технологий усвоения знаний.

Истоки понятия «интеллектуальная компетентность» можно обнаружить в положении Р. Кеттелла о природе интеллектуальных способностей и их уровнях. Как известно, Р. Кеттелл выделил три уровня интеллектуальных способностей: общие и локальные способности и способности-операции. Уровень общих способностей обусловлен структурными и функциональными свойствами головного мозга и определяет успешность всех интеллектуально-когнитивных процессов. Они служат основой текучего интеллекта. Уровень локальных способностей связан с врожденными и приобретенными структурами и определяет успешность широ-

ких групп когнитивных процессов. Они в большей степени зависят от особенностей воспитания и образования личности. Уровень способностей-операций базируется на культурном опыте человека. Такие способности определяют успешность частных когнитивных операций, связанных со специальной профессиональной деятельностью. Локальные способности занимают промежуточное положение между общими способностями и способностями-операциями. Они формируются за счет наследственности и среды и оказывают решающее влияние на формирование и развитие частных операций [9]. По своему содержанию и механизму возникновения кеттелловские способности-операции во многом аналогичны интеллектуальным компетентностям, определяющим эффективность личности в конкретной деятельности.

По мнению Т. Chamorro-Premuzic и А. Furnham, интеллектуальная компетентность – это индивидуальная способность приобретать и интегрировать знания на протяжении всей жизни [14]. Под интеллектуальной компетентностью М.А. Холодная понимает совокупность интеллектуальных ресурсов, обеспечивающих высокий уровень достижений в реальных условиях, в том числе в профессиональной деятельности [13]. Все современные теории интеллектуальной компетентности она объединяет в четыре группы: теории организации базы знаний; теории, основанные на метакогнитивных процессах; теории осознаваемых практик и теории, предполагающие интеграцию когнитивных способностей и неинтеллектуальных качеств.

Е.Ю. Савин на основе анализа результатов теоретико-эмпирических исследований природы интеллектуальной компетентности определяет три проблемные области. Во-первых, расширенное толкование интеллектуальной компетентности за счет привлечения некогнитивных факторов и опасность растворения интеллектуальных составляющих в ее мотивационных и ценностных компонентах. Во-вторых, определенная декомпозиция понятия интеллектуальной компетентности в результа-

те расширения списка ее характеристик. В-третьих, неопределенность статуса «узкой» (в пределах конкретной профессиональной деятельности) и «широкой» (вне зависимости от вида деятельности) компетентности в контексте известной проблемы переноса навыка [10]. Видимо, в данной проблемной области можно также говорить об интеллектуальной компетентности и метакомпетентности (компетентности компетентностей).

Особого внимания заслуживает эмпирическое обоснование А.В. Карповым концепции рефлексивности как общей способности. На основании факторного анализа «расширенного состава» общих способностей: традиционной триады (интеллект, обучаемость и креативность) и рефлексивности, он выделил два фактора «второго порядка». Первый фактор, который А.В. Карпов обозначил как «дидактический», включает основные параметры интеллекта и обучаемости. Второй фактор – «трансцендентный» – основные параметры креативности и рефлексивности [5]. На наш взгляд, результаты исследования могут быть реинтерпретированы без обращения к педагогической (дидактический фактор) и философской (трансцендентный фактор) терминологии. Так, пересечение категориальных систем «интеллект» и «обучаемость» порождает понятие «компетентность». Косвенным подтверждением нашего предположения может служить разработка понятия «интеллектуальная компетентность» М.А. Холодной (ведущим специалистом в области интеллекта и когнитивных стилей) и положения о единой социально-профессиональной компетентности И.А. Зимней (ведущего специалиста в области педагогической психологии). Кроме того, креативность и рефлексивность представляют собой не что иное, как структурные компоненты недостаточно операционализированного психологической наукой понятия разума. Другими словами, нет ничего удивительного в том, что фактор интеллекта и обучаемости (рассудок) удалось дифференцировать относительно фактора креативности и рефлексивности (разум).

Впервые теоретическое обоснование понятие «компетентность» получило в работах Н. Хомского, в частности, в положении о языковой компетентности как самоорганизационной диспозиции. Языковая компетенция – это всеобщность лингвистических знаний родного языка, которая делает возможным воспроизводить все важнейшие структуры языка в форме предложений, а также образовывать любые новые структуры, согласно его грамматике и правилам [2].

Модели интеллектуальной компетентности. Известный когнитивный психолог Дж. Андерсон [1] предлагает модель развития компетентности, основанную на совокупности условий ее формирования и стадий приобретения навыков. Он исходит из двух условий эффективности развития

компетентности Дж. Хейза: усердие в приобретении навыков (даже достижение гениальности требует не менее 10 лет практической деятельности) и усложнение целенаправленных практик. При целенаправленной практике необходимо учитывать активность обучающихся и их мотивацию к обучению, а не к выполнению конкретного задания, наличие обратной связи и самодетерминации.

В результате человек приобретает необходимые знания и опыт, которые кодируются и углубляются по мере приобретения навыков на когнитивной, ассоциативной и автономной стадиях переработки информации. На когнитивной стадии усваиваются фактологические знания и формируются декларативные репрезентации. На ассоциативной стадии осуществляется переход от использования декларативных знаний к прямому применению процедурного знания (происходит процесс процедурализации) и формированию структур процедурной репрезентации. На автономной стадии, благодаря тактическому (процессу обучения определенным правилам решения конкретных проблем) и стратегическому (освоение способа решения проблем) научению, происходит автоматизация действий, повышение их скорости и точности выполнения.

Необходимо подчеркнуть, что, по мнению Дж. Андерсона, именно процедурные, а не декларативные знания определяют успешность выполнения действий. Этим же можно объяснить эффективность образовательных технологий, по сравнению с декларативными системами обучения и их компетентностный характер. Изучение компетентности Дж. Андерсон считает одним из главных достижений когнитивной науки за последнюю четверть века (начиная с середины 1970-х гг.) [1].

Заслуживает также внимания модель персональной компетентности когнитивных психологов С. Гринспена и Дж. Дрискола [16]. Центральное понятие их модели – персональная компетентность – представляет собой иерархическое и многокомпонентное (модульное) образование, основанное на представлении о личности как источнике желаний, а интеллекте – как источнике возможностей. Модель включает четыре уровня компетентности: физиологическую, эмоциональную, повседневную и академическую компетентность.

Физиологическая компетентность предполагает адекватное функционирование физиологических органов и способность двигаться. Эмоциональная компетентность, темперамент и характер отвечают, соответственно, за эмоциональность и отвлеченность, коммуникабельность и социальную ориентированность.

Интеллектуальный компонент персональной компетентности представлен уровнем повседневной и академической компетентности. Повседневная компетентность определяется развитием практического интеллекта (способностью осознавать и

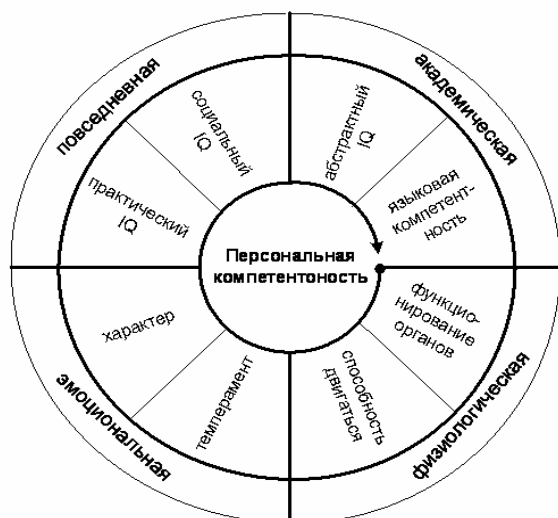


Рисунок – Модель персональной компетентности
С. Гринспена и Д.Н. Дрискола

понимать повседневные проблемы) и социального интеллекта (способностью осознавать и понимать социальный контекст). Совершенно очевидно, что повседневная компетентность есть не что иное, как психологическое наполнение содержания философского понятия «здравый смысл». Академическая компетентность – совокупность умозрительно (абстрактного) интеллекта и вербально-лингвистических способностей, или вербального интеллекта.

По проблеме валидности психологических тестов в отношении успешности профессиональной деятельности Д.В. Ушаков отмечает работы Дж. - Хантера (Hunter, 1986), Э. Ханта (Hunt, 1995) и Л. Готтфридсон (Gottfredson, 1997). При этом он считает, что корреляции (на уровне 0,80) наиболее точно отражают взаимосвязь интеллекта с теми аспектами профессиональной деятельности, которые можно измерить объективно, а не на основе экспертных оценок. Среди других психологических свойств, влияющих на профессиональные достижения человека, роль интеллекта тем больше, чем а) сложнее профессия, б) больше вес отношений «человек – объект» и меньше – «человек – человек» [11].

Согласно имплицитной теории интеллектуальной компетентности К. Двек, индивидуальные различия в обучении зависят не только от психометрического интеллекта, но и личностных качеств субъекта образовательного процесса и его житейской репрезентации интеллекта (самооценки интеллекта – self-assessed intelligence) [6]. Представления о собственном интеллекте или субъективные категории выступают в качестве факторов внутренней детерминации обучения. Индивидуумы, для которых характерны постоянные субъективные константы (представления о неизменных свойствах интеллекта) отличаются стремлением к превосход-

ству, ценят легкий успех, ориентированы на результат, нуждаются в позитивном подкреплении и избегают неудач. Однако они проявляют неуверенность в собственных интеллектуальных способностях при их сравнении со сверстниками и при решении задач повышенной сложности. Напротив, ориентированные на представления об интеллекте как обогащаемом в процессе обучения, индивидуумы готовы к развитию и самосовершенствованию, не боятся препятствий и трудностей, ориентированы на обучение и достижение компетентности.

Как полагает Т.В. Корнилова с соавторами, субъективные репрезентации целей и самооценки обучения входят в более общее понятие самоэффективности в концепции А. Бандуры [6], которое разрабатывалось в связи с изучением влияния мотивации на процессы познания. Установлено, что студенты с высоким уровнем академической самоэффективности используют более эффективные когнитивные и метакогнитивные стратегии. В отечественной психологии проблеме самооценки когнитивных способностей и академических достижений не уделяется должного внимания. Одним из немногих исключений являются исследования М.А. Холодной [12] и Т.Д. Грицевич [3].

М.А. Холодная в структуру метакогнитивного опыта включает метакогнитивную осведомленность, или систему представлений человека о своих интеллектуальных возможностях. Метакогнитивная осведомленность предполагает наличие знаний своих индивидуальных интеллектуальных качеств и оснований собственной интеллектуальной деятельности; умение оценивать и принимать свои индивидуальные интеллектуальные качества; готовность использовать приемы стимулирования и эффективно мобилизовать интеллектуальные возможности для решения возникающих проблем [12].

В исследовании Т.Д. Грицевич установлено, что на формирование представлений о своих учебных способностях и их самооценку оказывают влияние осознание учебных достижений и оценка учителей. Влияние носит дифференцированный характер в зависимости от уровня успеваемости школьников: оно имеет место у отличников и отсутствует у слабоуспевающих учеников [3].

Самооценка интеллекта (в житейских категориях «ума» и житейских репрезентациях) в имплицитных теориях интеллекта и интеллектуальной компетентности, безусловно, отражает расширение содержания интеллекта за счет здравого смысла и конкретизацию предикторов академических достижений.

Согласно теории когнитивной оценки Э. Дисси и Р. Раяна, при выполнении определенной деятельности субъект постоянно оценивает, что является причиной его действий (он сам или что-то извне),

насколько эффективна его деятельность и может ли он, выполняя эту деятельность, поддерживать значимые отношения. Другими словами, в процессе деятельности человек удовлетворяет три базовые потребности: в компетентности, в самодетерминации и в значимых отношениях. Две первые потребности базируются на соответствующих ощущениях, предложенных Р. Уайтом и Р. де Чармсом: ощущении компетентности, или всей полноты своих возможностей, и ощущении самодетерминации, или осознании себя причиной (источником) своих действий. В зависимости от характера самодетерминации Р. де Чармс разделил всех людей на две категории, на тех, кто ощущает себя причиной собственной активности, и тех, кто ищет источник в ком-то другом [4].

В кросскультурном исследовании Ш. Левеск, А. Цуэлке, Л. Станек и Р. Раян [17] установили, что успеваемость студентов связана с удовлетворением их потребности в автономии (самодетерминации) и компетентности. При этом авторы исследования подчеркивают, что американская система образования в большей степени поддерживает потребность в компетентности, а немецкая система – потребность в автономии.

На основании анализа компетентностного подхода, теорий и моделей компетентности, а также образовательных технологий, основанных на компетенциях, рассмотрим более детально проблему исследования интеллектуальной компетентности.

Исследования интеллектуальной компетентности. Так, исходя из различий в особенностях категоризации и решении физических задач «экспертами» (университетскими преподавателями) и «новичками» (студентами-физиками), Р. Глейзер установил, что они не сводятся к количественным характеристикам объема знаний. Знания экспертов лучше организованы и опираются на опосредованные фундаментальные закономерности. Напротив, знания и способы решения задач новички выводят из непосредственно заданных условий [15].

М.А. Холодная изучает интеллектуальную компетентность, исходя из положения о двух уровнях ее проявления: уровня предметно-специфических знаний и практических навыков и универсального уровня. К универсальным признакам интеллектуальной компетентности она относит сформированность метакогнитивного опыта и произвольный интеллектуальный контроль. Произвольный интеллектуальный контроль – это ментальная структура в составе метакогнитивного опыта, обеспечивающая оперативную избирательную регуляцию процесса переработки информации на субсознательном уровне. Индикаторами такого контроля являются объем ментального сканирования, особенности структурирования ментальной репрезентации ситуации (способность дифференцировать и соотносить ее элементы с учетом контекста), тор-

можение импульсивности в процессе поиска решения, имплицитная обучаемость в ходе освоения нового вида деятельности и координация когнитивных функций в условиях когнитивного конфликта [13].

В результате было установлено, что для достижения интеллектуальной компетентности в научно-технической деятельности, интеллект – это необходимое (вербальный интеллект не менее 117 – 119 баллов, общий – 117 по тесту Р. Амтхауэра), но недостаточное условие. Он должен быть дополнен релевантными стилевыми свойствами, например, полнезависимостью. Эти данные согласуются с положениями Ж. Пиаже и Н.А. Аминова об интеллектуальном минимуме успешного обучения в вузе и профессионального становления, а также с положением об эффекте «порога интеллекта» В. Шнейдера [11, 13].

Е.Ю. Савин констатирует, что в основе интеллектуально-когнитивной компетентности лежат особым образом организованные предметно-специфические (понятийные) знания или особенности организации понятийного и метакогнитивного опыта. Он установил, что «экспертам» (преподавателям университета) в большей степени, чем «новичкам» (студентам 3 – 4 курса математического факультета), присущи открытая познавательная позиция и субъективная готовность к размышлениям и прогнозированию в нестандартных условиях [10].

Роль интеллектуальной компетентности в профессиональном становлении студентов-психологов мы изучали, во-первых, посредством корреляции интеллектуальных показателей и академической успеваемости; во-вторых, в связи с интеллектуальным развитием психологов-теоретиков и практиков.

В первом исследовании приняли участие 59 студентов 2 курса факультета психологии. Их интеллектуальное развитие мы изучали при помощи «Шкалы интеллекта взрослых» Д. Векслера и авторской методики «Ведущий способ группировки»; академическую успеваемость определяли по средним баллам по психологическим и непсихологическим дисциплинам за 3 семестра. В результате была обнаружена статистически значимая корреляция между успеваемостью по психологическим дисциплинам и вербальным интеллектом ($r_s = 0,37$ при $P < 0,01$) и абстрактным интеллектом как совокупностью когнитивных способностей ($r_s = 0,26$ при $P < 0,05$), а также по непсихологическим дисциплинам и соответствующими видами интеллекта ($r_s = 0,30$ при $P < 0,05$). Напротив, между невербальным интеллектом и успеваемостью обнаружена слабая отрицательная связь. Корреляция общего интеллекта по Д. Векслеру и академической успеваемостью по психологическим (0,25) и непсихологическим (0,23) дисциплинам оказалась ста-

Таблица – Типология испытуемых по соотношению способов группировки

Тип испытуемых	2 курс (n = 103)		5 курс (n = 42)		Аспиранты (n = 26)	
	n	%	n	%	N	%
Понятийный	19	18.45	8	19.05	3	11.54
Преимущественно понятийный	49	47.55	27	64.29	14	53.85
Уравновешенный	2	1.94	1	2.38	2	7.69
Ассоциативный	8	7.77	2	4.76	1	3.85
Преимущественно ассоциативный	15	14.56	4	9.52	6	23.08
Латентный	10	9.71	0	0.00	0	0.00

статистически незначимой. Конкретный интеллект как совокупность ассоциативных способностей еще в меньшей степени коррелирует с успеваемостью студентов (соответственно, 0,16 и 0,08). Результаты нашего исследования не противоречат теоретическим и эмпирическим данным о значении вербального интеллекта в достижении интеллектуальной компетентности и эффективности обучения студентов на гуманитарных факультетах [8].

В процессе профессиональной подготовке логично предположить рост абстрактного интеллекта и теоретического мышления. Эту гипотезу можно проверить по соотношению показателей абстрактного и конкретного интеллекта и распределению испытуемых в группе на основании этих показателей (табл.)

Средние показатели абстрактного интеллекта, основанного на понятийных группировках, ниже у студентов 2 курса (6,78) и значительно выше у студентов 5 курса (16,8) и аспирантов (17,3). Как видно из таблицы, все группы испытуемых соответствуют возрастным нормативам: абстрактный интеллект у них развит в большей степени, чем конкретный интеллект. Испытуемые с абстрактным интеллектом (или формально-логическим мышлением) составляют, соответственно, 66% (понятийный – 18,45 и преимущественно понятийный – 47,55) у второкурсников; 83,34% (19,05 и 64,29) у пятикурсников и 65,39% (11,54 и 53,85) у аспирантов. «Возврат» интеллектуальных показателей аспирантов на уровень студентов 2 курса можно объяснить наличием в их группе специалистов, для которых ассоциативные способности (конкретный интеллект) являются необходимым условием профессионального (художественного) развития.

Во втором исследовании, в котором приняли участие 48 студентов 5 курса факультета психологии, на основании комбинации факторов 16-факторного опросника Р. Кеттелла испытуемые были разделены на две группы: психологов-теоретиков (17 человек) и психологов-практиков (31 человек). По Р. Кеттеллу, профиль личности психолога-теоретика образует совокупность следующих факторов: 0,31 А + 0,78 В + 0,47 N; профиль личности психолога-практика – 0,72 А + 0,29 В + 0,29 Н + 0,29 N. Сходство их профессиональных портретов задано тремя факторами: А – «готовность к кон-

тактам», В – «общая интеллектуальность» и N – «умение поддерживать контакты». Различие сводится к наличию у психолога-практика дополнительного фактора Н – «ненасыщаемость контактами с другими людьми».

Методика Р. Кеттелла позволяет сгруппировать всю совокупность факторов в три группы: интеллектуальные особенности (факторы В, М и Q₁); эмоционально-волевые особенности (факторы С, G, I, O, Q₃ и Q₄) и коммуникативные свойства (факторы А, Н, F, E, Q₂, N, и L).

Теоретики обнаружили более высокие показатели по всем интеллектуальным особенностям. Они имеют более высокий интеллект, пронизательность и абстрактность мышления (В); развитое воображение и высокий творческий потенциал (М); критичность, независимость и аналитичность мышления (Q₁). Психологи-практики превосходят теоретиков по эмоционально-волевым особенностям личности (по 4 из 6 факторам) и коммуникативным свойствам (по 4 из 7 факторам). Различия профилей психолога-теоретика и психолога-практика на уровне статистической значимости обнаружены по факторам А (U=104,5 при P<0,001), Н (U=127 при P<0,01) и I (U=141 при P<0,01) в пользу практиков и по фактору В (U=162 при P<0,03) в пользу теоретика [7].

В целом профессия психолога предполагает достаточно высокий уровень вербального (113,19 и 114,94), невербального (109,3 и 111,13) и общего (112,04 и 114,13) интеллекта по тесту Д. Векслера вне зависимости от их практической или теоретической направленности.

Выводы

1. Интеллектуальная компетентность представляет собой более узкую область исследования индивидуальной интеллектуальной деятельности человека, которая непосредственно обеспечивает его эффективность в сфере профессиональных достижений. Оно подразумевает рефлексивность, осознание возможностей собственного интеллекта и ту его часть, которая обеспечивает решение профессиональных задач.

Интеллектуальная компетентность призвана определить границы интеллектуальных инвестиций конкретного человека в конкретную деятельность. Нередко даже в житейской практике мы оцениваем других людей в неинтеллектуальных сферах словом «умница» (например, точный дальний бросок баскетболиста).

2. Интеллектуальная компетентность определяет уровень интеллектуальной емкости конкретной сферы производства (профессии), а также уровень мастерства специалиста.

3. Профессиональная составляющая деятельности психолога во многом определяется его интеллектуальной компетентностью, уровнем развития не только общего, но и вербального интеллекта.

Литература

1. Андерсон, Дж. Когнитивная психология. 5-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 496 с.
2. Байденко, В. И. Компетентностный подход к проектированию государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования (методологические и методические вопросы): Методическое пособие / В.И. Байденко. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2005. – 114 с.
3. Грицевич, Т.Д. Проблема учебных способностей в современной психологии / Т.Д. Грицевич // Учебные способности и обучаемость: Учеб. метод. пособие / Сост. М.Ф. Бакунович, Т.Д. Грицевич, О.А. Ткачук, Т.С. Юрочкина / под ред. А.П. Лобанова. – Минск: БГПУ, 2003. – С. 4–20.
4. Дроздова, Н.В. Компетентностный подход как новая парадигма студентоцентрированного образования / Н.В. Дроздова, А.П. Лобанов. – Минск: РИВШ, 2007. – 100 с.
5. Карпов, А.В. Закономерности структурной организации метапроцессуальной регуляции деятельности субъект-субъектного типа / А.В. Карпов // Ярославский психологический вестник. – 2007. – Выпуск 21. – С. 5–14.
6. Корнилова, Т.В. Модификация опросников К. Двек в контексте изучения академических достижений студентов / Т.В. Корнилова, С.Д. Смирнов, М.В. Чумакова, С.А. Корнилов, Е.В. Новотоцкая-Власова // Психологический журнал. – 2008. – № 3. – С. 86–98.
7. Лобанов, А.П. Профильное образование психологов в контексте компетентностного подхода / А.П. Лобанов, Н.В. Дроздова, Н.В. Карлиопова // Взвзвэйшая школа. – 2006. – №5. – С. 33–36.
8. Профессиональная подготовка специалистов в педагогическом университете: Метод. рек. / Сост. А.П. Лобанов, С.И. Коптева, Т.П. Судник. – Минск: БГПУ, 2002. – 38 с.
9. Психодиагностика детей / Сост. А.С. Галанов. – М.: ТЦ Сфера, 2002. – 128 с.
10. Савин, Е.Ю. Понятийный и метакогнитивный опыт как основа интеллектуальной компетентности в научной деятельности / Е.Ю. Савин // Психологический журнал. – 2004. – № 5. – С. 50–60.
11. Ушаков, Д.В. Дискуссия о тестах интеллекта как социально-психологический эксперимент / Д.В. Ушаков // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – №4. – 2004. – С. 91–107.
12. Холодная, М.А. Психология интеллекта. Парадоксы исследования / М.А. Холодная. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 272 с.
13. Холодная, М.А. Когнитивные и метакогнитивные предпосылки интеллектуальной компетентности в научно-технической деятельности / М.А. Холодная, О.Г. Берестнева, И.С. Кострикина // Психологический журнал. – 2005. – № 1. – С. 29–37.
14. Chamorro-Premuzic, T. Intellectual competence and the intelligent personality A third way in differential psychology / T. Chamorro-Premuzic, A. Furnham // Review of General Psychology. – 2006. – V. 10. – № 3. – P. 251–267.
15. Glaser, R. A Research Addenda for Cognitive Psychology and Psychometrics / R. Glaser // American Psychologist. – 1981. – V. 36 (9). – P. 923–936.
16. Greenspan, S. The role of intelligence in a broad model of personal competence // In D.P. Flanagan, J.L. Genshaft (Eds.), Contemporary intellectual assessment: Theories, tests and issues / S. Greenspan, J. Driscoll. – New York: Guilford Press. – 1997. – P. 131–150.
17. Levesque, C. Autonomy and Competence in German and American University Students: A Comparative Study Based on Self-Determination Theory / C. Levesque, A. Zuehlke, L. Stanek, R. Ryan // Journal of Educational Psychology. – 2004. – Vol. 96. – № 1. – P. 68–84.

Поступила 16.03.09

УДК 378.1:612.013.5

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ПРЕПОДАВАНИИ ФИЗИОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ

Н.В. Павлович, к.м.н., профессор; О.М. Кириллова, к.м.н., доцент; В.Р. Кириллова

УО «Гродненский государственный университет им. Я. Купаль»

Предлагаются приёмы управляемого обучения, как то: разработка графологической структуры учебных элементов; дополнительный раздаточный материал к лекции; тестовые задания для обучения и контроля.

Ключевые слова: управление обучением, графологическая структура, раздаточный материал, тестовые задания.

The methods of controllable teaching are propound in: the graphological structure of principal studying elements, give away generalized or any new printed information; employ tests.

Key words: controllable teaching, given printed information, studying and control tests.

В учебных планах университетских специальностей «Биология» и «Биоэкология» наибольшее число часов отводится дисциплине «Физиология человека и животных». Студенты проходят ее на 3 курсе, после двухлетнего изучения зоологии, поэтому программа дисциплины включает некоторые аспекты эволюционной и сравнительной физиологии. Биологи углубляют свои физиологические знания на 4 курсе, изучая «Возрастную физиологию» и «Физиологию высшей нервной деятельности», что немаловажно для их будущей педагогической работы. В медуниверситетах нормальная физиология человека ориентирована на медицину и является основой для понимания патологической физиологии и усвоения клинических дисциплин. И все-таки основная часть программы всех разделов физиологии у биологов и медиков не отличается. Современный уровень физиологической науки таков, что для ее успешного усвоения, даже в рамках учебной дисциплины, от студентов требуются немалые усилия, а от преподавателя – бережное отношение к лекционному времени, строгий отбор представляемого материала и разработка дополнительных дидактических средств обучения. Следует отметить также, что ни один из имеющихся (российских) учебников не может считаться оптимальным: одни устарели, другие перенасыщены новой информацией, нередко представляющей интерес только для узких специалистов, поэтому в мелких деталях теряется самое важное и обязательное для усвоения. Нельзя сбрасывать со счетов и тот факт, что приобретение новых учебников стало сейчас финансовой проблемой. Отсюда следует необходимость разработки системы приемов для управления изучением каждой темы, повышается ответственность преподавателя за качество обучения.

Пользуясь языком педагогики, мы применяем программно-целевой метод, где конечной целью является формирование грамотного, квалифицированного специалиста. Программные цели процес-

са обучения – главный ориентир и критерий для отбора содержания, методов, форм и средств организации учебного процесса. Некоторые «реформаторы» от образования пытаются принизить значение вузовской лекции, рассматривая ее как архаизм (обычно это исходит от тех, кто не владеет предметом или лекторским мастерством). Вместе с тем, именно лекция является пусковым звеном разработанной системы обучения. Лекция может начинаться графом логической структуры раздела (или темы), граф может завершать рассмотрение учебного материала, позволяя его кратко обобщить, он служит студенту путеводителем при работе с учебником. Графы не только облегчают запоминание материала, но, что самое важное, приучают студентов на основе логического мышления вычленять главные учебные элементы, творчески определять их значимость и категоричность. Полезны они также преподавателям: при чтении лекции исключаются досадные упущения, а на занятиях и коллоквиумах позволяют легко оценить уровень знаний студентов [2].

Из-за дефицита лекционных часов в конце лекции наши студенты получают раздаточный материал (распечатки на 2-5 страницах), где раскрываются некоторые учебные элементы или детализируются отдельные, едва затронутые в лекции вопросы. Студент может получить их также на кафедре, а владельцы компьютеров имеют возможность записать на собственный модуль флэш-памяти.

Степень достижения учебной цели на всех этапах обучения можно проверять с помощью «измеряемых» характеристик качества обучения, или так называемых «педагогических заданий». Педагогика рассматривает их как действенное средство обучения, которое актуализирует цель познавательного процесса, способствует формированию мотивации и активизирует процессы памяти [1]. Тестовая форма «педагогических заданий» в последние годы нашла очень широкое применение и в ряде случа-

ев подменила собой все методы обучения и контроля знаний, что далеко не всегда оправдано. Главная задача большинства применяемых тестов – выбор одного или нескольких правильных ответов из числа предложенных («угадайка»), что позволяет выявить I уровень обучения, т.е. наличие общих представлений и конкретных знаний по вопросу. Неудивительно, что с такими тестами обычно справляются даже те студенты, которые не могут в развернутой форме ответить ни на один вопрос. Но если медику в его практической деятельности такая «неразговорчивость» позволительна, то педагогу – нет. Необходимо конструировать тестовые задания на выявление логических связей между процессами и явлениями, понимание пос-

ледовательности событий в развитии физиологического механизма, на обобщение и т.п.

Таким образом, в дополнение к традиционным методам (лекции, лабораторные занятия, коллоквиумы) для управления процессом обучения мы рекомендуем использовать графы логической структуры по темам лекций, готовить раздаточный материал со структурированной информацией, которая не вошла в лекцию или отсутствует в учебнике, использовать тестовые задания.

Литература

1. Аванесов В.С. Форма тестовых заданий. – М. 2005. – 153 с.
2. Павлович С.А.. Микробиология с вирусологией и иммунологией. – Минск.: «Вышэйшая школа». 2005. – 799 с.

Поступила 09.04.09

УДК 81'373.46:61

НЕМОТИВИРОВАННЫЕ ТЕРМИНЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Д. К. Кондратьев, к. филол. н., доцент; Н. И. Мелько

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В статье дается лексико-семантическая и словообразовательная характеристика немотивированных терминов в составе современной медицинской терминологии.

Ключевые слова: термин, медицинская терминология, немотивированные термины, качественный и количественный анализ.

The paper discusses the lexical semantic and word-formation structure of the unmotivated terms in the modern medical terminology.

Key words: terms, medical terminology, unmotivated terms, quantitative and qualitative analysis.

Современная медицинская терминология представляет собой одну из самых обширных терминосистем современной науки. Данные о количестве в составе медицинской терминологии в значительной степени расходятся. По некоторым источникам, медицинский лексикон, включая смежные науки, составляет несколько сотен тысяч слов и словосочетаний [1]. Однако в подавляющем большинстве западноевропейских источников отмечается, что современная медицинская терминология состоит, примерно, из 170-200 тысяч терминов (80-100 тысяч – названия лекарственных средств и фармацевтические термины, 10 тысяч – анатомические названия, 20 тысяч – обозначения функций органов, 60 тысяч – названия болезней, методов обследования и оперативных методик) [2]. При этом активный словарь составляет приблизительно шесть-восемь тысяч терминов.

Основные понятия, используемые в данной работе: *термин, терминология, медицинская терминология*. Под «термином» мы понимаем номинативное слово или словосочетание (имя существительное или словосочетание с именем существительным в качестве опорного слова), принимаемое для наименования общих понятий. «Терминология» – это совокупность терминов для использования в какой-либо области деятельности. Соответственно, «медицинская терминология» – это совокупность терминов, используемых в медицине.

Целью данного исследования является лексико-семантический и словообразовательный анализ современной отечественной медицинской терминологии, выявление количественных и качественных характеристик *немотивированных* терминов.

Существуют особые требования, предъявляемые к термину, которые впервые были сформулированы основоположником русской терминологической школы Д. С. Лотте: системность терминологии, независимость термина от контекста, краткость термина, его абсолютная и относительная однозначность, простота и понятность, степень внедрения термина [3]. Именно эти требования лежат в основе методологии работы терминологи-

ческих комиссий, занимающихся упорядочением различных терминологий, в том числе и медицинской.

Структура термина, его звуковой комплекс, т.е. внешняя форма, должны полностью передавать содержание термина, его отличительные признаки. Такие термины называются *мотивированными*. Мотивированные медицинские термины могут быть представлены:

- терминами-словами, взятыми из общелитературного русского или иностранного языков, но употребленными в специальном медицинском значении (*пищевод, ангина*),
- терминами-словами, образованными из интернациональных греко-латинских терминологических элементов, каждый из которых обладает мотивирующим признаком (*кардиомиопатия, ангиомаляция*),
- словосочетаниями (*экстрофия мочевого пузыря*).

Немотивированные термины не обладают прозрачностью внутренней формы, их структура не даёт представления о их содержании, их звуковой комплекс полностью или частично лишен мотивировки (*болезнь зеленых мартишек, пастушья палка*) [1, 4, 5, 6].

Строго говоря, полностью немотивированных терминов не бывает, поскольку любой термин *вторичен* – он возникает после появления специального понятия. В этом смысле термин всегда обладает определенной степенью мотивированности, какая-то мотивация для придания данному понятию данного звукового комплекса существовала изначально. Речь может идти лишь о степени мотивированности.

Материалом исследования послужил трехтомный энциклопедический словарь медицинских терминов [1]. Всего проанализировано свыше 60 тысяч отечественных медицинских терминов.

Проведенное исследование показало, что общее количество медицинских терминов, которые можно отнести к полностью или частично немотивированным терминам, очень велико – около 8,5 тысяч.

По степени мотивированности мы подразделили немотивированные термины на следующие классы:

1. Нейтральные термины. В нейтральных терминах практически не ощущается связь между внешней формой и значением. Основную массу нейтральных терминов представляют так называемые *эпонимические термины*, в состав которых входят имена собственные (*симптом Эриксона, анемия Фанкони, Эрба-Ферстера-Барре-Левенштейна рефлекс*). Эпонимические термины немотивированы, они не выражают смысла понятий, поскольку название не связано напрямую с содержанием. Недостаточная мотивированность эпонимических терминов приводит их в противоречие с коммуникативной функцией языка. Имя выступает в качестве классифицирующего элемента, оно указывает на происхождение объекта, а не на понятийные признаки (свойства, функции и т.д.) [7]. Эти термины, однако, подробно в данной работе не анализируются, поскольку им было посвящено отдельное исследование [8]. Общее количество эпонимических терминов в русской, английской, немецкой терминосистемах превышает восемь тысяч терминов в каждой, что составляет до 14% от базового терминологического фонда [9].

2. Собственно немотивированные термины. В эту группу мы включили немотивированные термины, не имеющие в своем составе имен собственных, у которых связь между звуковым комплексом и содержанием почти не определяется (*большая гусиная лапка, козья ножка, птичьи глазки, голова медузы*).

3. Частично мотивированные термины. В частично мотивированных терминах мотивирующими признаками обладают отдельные терминологические элементы, в то же время, содержание всего термина в целом определить невозможно (*болезнь кошачьего крика, бред сердца, симптом штопора, эпителиальные жемчужины*).

4. Ложномотивированные термины. Количество ложномотивированных терминов невелико. Отдельные терминологические элементы таких терминов обладают ложными мотивирующими признаками, которые дают искаженное представление о значении термина (*болезнь студентов, бульварная гроза, шум мельничного колеса, монетные столбики*).

Границы между немотивированными, частично мотивированными и ложномотивированными терминами в большой степени условны и определяются достаточно субъективно.

Семантические классы. Проведенный семантический анализ позволил выявить **16** семантических классов немотивированных терминов (семантические классы приводятся ниже по степени убывания):

1. *Симптомы* (24,6%): симптом лягушачьих лап, симптом веера, симптом вишневой косточки, сим-

птом плавающей льдины, симптом цветка маргаритки.

2. *Анатомические термины* (13,3%): адамово яблоко, гусиная лапка, слезное мясо, борозда морского конька, оливарный плащ, мышца гордецов, конский хвост.

3. *Нозологические единицы* (13,0%): брюшная жаба, сыпь рудокопов, лихорадка жирафов, сучье вымя, бледная немочь; из этой группы терминов термины со словом «болезнь» составляют более половины: болезнь зеленых мартышек, болезнь крыжовниковая, болезнь кленового сиропа, болезнь легионеров.

4. *Признаки, явления* (8,7%): падающая кисть, рахитические браслеты, олимпийский лоб, мраморная кожа, лающий кашель, пестрые легкие.

5. *Эмоциональные реакции, психические расстройства* (7,0%): словесная окрошка, бегство в болезнь, аффективная буря, навязчивое мудрствование, пляска святого Вита.

6. *Цитология, гистология* (6,9%): глазной бокал, млечная точка, костная балка, пятно мешочка.

7. *Синдромы* (4,7%): синдром менеджера, синдром синих пеленок, синдром «Алисы в стране чудес».

8. *Медицинские процедуры, особенности лечения, инструменты и аппараты* (4,3%): козья ножка, бульонная кость, пинцет колибри, психиатрия вращающихся дверей.

9. *Патологические состояния* (3,9%): голова медузы, рот рыбий, леопардова шкура, слоновость, пивное сердце, тюленья лапа, глаз бычий, судорога приветствия.

10. *Видимые признаки* (при рентгенологических, эндоскопических методах исследования) (2,8%): знак молнии, фигура бабочки, холерные очки, тигровый язык, знак тока.

11. *Пропедевтические термины* (2,6%): кошачье мурлыканье, тон треснувшего горшка, шум мельничного колеса, шум плеска.

12. *Аномалии развития* (2,2%): заячья губа, жаберная киста, пастушья палка, кошачье ухо.

13. *Новообразования* (2,1%): песчаные тельца, раковые жемчужины, волосной шар.

14. *Микробиологическая лексика* (вирусология, иммунология, бактериология) (1,7%): тест ожерелья, пьяный хлеб, арктический вирус бешенства.

15. *Феномены* (1,5%): феномен дятла, феномен луковичной шелухи, феномен царापания, феномен папоротника.

16. *Теории, законы* (единичные случаи): теория бегущей волны, закон «всё или ничего».

Словообразовательная структура немотивированных терминов. В результате проведенного исследования нами выделено **12** словообразовательных моделей русских немотивированных терминов. Основная часть представлена терминологическими словосочетаниями, термины-слова составляют не более 3% от всего числа терминов это-

го типа. Свыше 44% немотивированных терминов представлены моделью А + N (чудесная сеть, умственная жвачка, монетные столбики). Терминологические словосочетания с несогласованными определениями типа N+Ng составляют 22,6% (каналец улитки, судорога приветствия, симптом бабочки). Различные смешанные типы терминов с согласованными и несогласованными определениями составляют 19,6%: с предлогами (бегство в болезнь), N+A+Ng (борозда морского конька), N+A+Ng+Ng (синдром зеркального движения рук), A+N+A+Ng (пятнистая лихорадка скалистых гор) и другие.

Заключение

В последние годы при упорядочении медицинской терминологии преимущество отдается мотивированным терминам, т.е. терминам, звуковой комплекс которых однозначно отражает существенные признаки понятия. Однако, несомненно и то, что немотивированные термины, включенные российской Академией медицинских наук в энциклопедический словарь медицинских терминов, реально существуют и, в основной своей массе, широко используются. Их мало коснулись процессы упорядочения и нормализации, проводившиеся в отношении медицинской терминологии, поскольку их употребление имеет многолетние традиции. Они

отличаются образностью, краткостью и являются своего рода условными различительными знаками, не несущими научной информации. Борьба с этими терминами вряд ли имеет смысл.

Литература

1. Энциклопедический словарь медицинских терминов : в 3-х томах. – М.: Советская энциклопедия, 1984. – Т.1 : 464 с., Т.2: 448 с., Т.3: 512 с.
2. Herre, H. Semantic Foundations of Medical Information Systems Based on Top-Level Ontologies / H.Herre, B.Heller // Journal of Knowledge-Based Systems. – 2006. – Vol. 19(2). – P. 107-115.
3. Лотте, Д.С. Основы построения научно-технической терминологии / Д.С.Лотте // Вопросы теории и методики.- М.: Изд-во АН СССР, 1961. – 160 с.
4. Гринев, С.В. Введение в терминоведение / С.В.Гринев. – М.: Изд-во МГУ, 1993. – 309 с.
5. Drozd, L. Deutsche Fach- u. Wissenschaftssprache. Bestandaufnahme. Theorie. Geschichte / L.Drozd, W.Seibicke. – Wiesbaden: Oscar Brandstetter Verlag, 1973. – 240 S..
6. Buhlmann, R. Handbuch des Fachsprachenunterrichts / R.Buhlmann, A. Fearn. – Berlin: Druckhaus Langenscheidt, 1991. – 400 S.
7. Neubert, G. Eigennamen als Bestandteil von Benennungen / G. Neubert // Deutsch als Fremdsprache. – 1980. – Nr. 6. – S. 331-336.
8. Кондратьев, Д.К. Современная медицинская эпонимическая терминология / Д.К.Кондратьев // журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2008. – №3. С.
9. Who Named It [Electronic resource] / Mode of access: <http://whonamedit.com>. – Date of access: January-March 2009.

Поступила 24.03.09

**IV МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ
«БЕЛОРУССКО-ПОЛЬСКИЕ ДНИ ХИРУРГИИ»
4-6 июня 2009 года, г. Гродно**

**ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКА ИММУННЫХ
НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ
ПАНКРЕАТИТОМ**

*Алексеев С.А., Тарасенко А.В.
Минск, Беларусь*

Цель. Экспресс-оценка клеточного звена иммунитета по внутрикожным пробам для раннего выявления гнойно-септических осложнений у больных деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы. У 18 больных с отечной формой ОП и у 19 больных с различными формами острого деструктивного панкреатита проводилась оценка иммунных нарушений путем постановки двух внутрикожных тестов: первого с 0,1 мл ФГА и 0,1 мл (или 5 ТЕ) РРД; второго - путем одновременного введения 0,05 мл ФГА и 0,05 мл раствора полиоксидония и 0,05 мл (2,5 ТЕ) РРД с 0,05 мл раствора полиоксидония (на 4 см медиальнее первого теста с ФГА и РРД). В последующем проводилось контрольное лечение с включением иммунофана и полиоксидония, и повторным иммунологическим исследованием с постановкой внутрикожных тестов (на 12-14 сутки).

Результаты. При постановке внутрикожных проб у 15 больных с отечной формой ОП выявлялись гипоэргические реакции с тестами по ФГА на 2-е сутки ($3,5 \pm 0,8$ мм) и с РРД на 3-е сутки ($2,4 \pm 0,6$ мм). У пациентов с деструктивным панкреатитом отмечены анергическая и гипоэргическая реакция на ФГА на 2-е сутки ($0,4 \pm 0,4$ мм) и с РРД на 3-е сутки ($1,2 \pm 0,5$ мм). После проведения иммунокорректирующей терапии произошло увеличение количества Т- активных лимфоцитов ($n = 9$), В-лимфоцитов (М-РОК) ($n = 12$), усиление Т- хелперной ($n = 18$) и фагоцитарной активности нейтрофилов ($n = 12$). При постановке внутрикожных тестов у 18 больных с отечной формой ОП выявлены нормергические реакции в тестах с ФГА ($8,1 \pm 2,1$ мм) и с РРД ($5,7 \pm 2,1$ мм); у 9 больных с деструктивным панкреатитом сохранялись гипоэргическая, реже нормергическая реакции с ФГА ($4,7 \pm 0,7$ мм) и с РРД ($3,5 \pm 0,5$ мм).

Выводы. Внутрикожные тесты объективно выявляют снижение гиперреактивности у больных деструктивным панкреатитом и позволяют своевременно провести адекватную коррекцию выявленных иммунных нарушений.

**ЖЕЛЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ:
РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

*Батвинков Н.И.
Гродно, Беларусь*

Цель исследования. Изучить причины развития желчной гипертензии и повысить эффективность лечения больных при различных формах нарушения проходимости желчевыводящих путей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением на-

ходилось 523 больных, которые подверглись оперативному вмешательству на желчных протоках в связи с развитием желчной гипертензии. Мужчин было 178, женщин – 345. Возраст больных колебался от 18 лет до 90 годов. При этом причинами холестаза у 49 из них оказались холангиолитиаз, у 104 – холангиолитиаз со стенозом большого дуоденального сосочка (БДС), у 69 – холангиолитиаз со стриктурой общего желчного протока (ОЖП), у 93 – изолированный стеноз БДС, у 19 – рубцовые стриктуры ОЖП, у 26 – атония ОЖП в сочетании со стенозом БДС, у 9 – стриктуры общего печеночного протока (ОПП), у 20 – стриктуры долевых и сегментарных желчных протоков, у 8 – многоуровневые стриктуры путей желчеоттока, у 19 – вторичный склерозирующий холангит, у 9 – стриктуры билиодигестивных анастомозов, у 31 – хронический панкреатит. Холестаз опухолевого генеза выявлен в 67 случаях, при этом у 7 больных он был обусловлен раком желчного пузыря, у 8 – раком БДС, у 12 – раком среднего отдела желчных протоков, у 11 – раком проксимального отдела желчных протоков (опухоль Клатскина), у 7 – раком печени и у 22 – раком поджелудочной железы.

Холангиолитотомия с наружным дренированием желчевыводящих путей выполнена у 49 пациентов. У 193 больных санация желчных протоков закончена трансдуоденальной папиллосфинктеротомией (ТДПСТ) с соблюдением прецизионной техники, что имело место до внедрения ЭПСТ или при невозможности ее выполнить. При стриктурах ОЖП после холецистэктомии и устранения холангиолитиаза произведено формирование билиодигестивных анастомозов у 88 пациентов. В случаях выраженной дилатации гепатикохоледоха в сочетании со стенозом БДС выполнялось двойное внутреннее дренирование желчных протоков (26 больных). С большими техническими трудностями встречается хирург при ликвидации высоких стриктур и свищей желчных протоков, что наблюдалось в 37 случаях, когда требуется тщательная препаровка тканей в зоне ворот печени, а также использование предложения Нерр-Сoinaud при наложении билиодигестивного анастомоза (БДА). У 6 из них сформирован бигепатикоеноанастомоз. У 9 больных со стриктурами ранее наложенных БДА произведены их реконструкция или повторное формирование, при этом у двоих из них использован трансэнтеральный доступ. При многоуровневых стриктурах, вторичном склерозирующем холангите производили форсированное бужирование протоков с постановкой декомпрессионных или каркасных дренажей. В случаях нарушения пассажа желчи при хроническом головчатом панкреатите накладывали БДА. При холестазе опухолевого генеза выполнялись следующие операции: холецистэктомия + резекция 5-6 сегментов печени (2), резекция гепатикохоледоха с наложением гепатикоеноанастомоза (2), панкреатодуоденальная резекция (3), трансдуоденальная папилэктомия (3), билиодигестивные анастомозы (21), ретроградное от-

ведение желчи (27), другие паллиативные операции (9). После операций по поводу доброкачественного холестаза умерло 9 (1,97%) больных, при непроходимости желчных протоков опухолевого генеза 3 (4,47%).

Выводы. Ретроспективный анализ свидетельствует о многообразии причин желчной гипертензии, требующей нередко сложных операций, многие из которых в современных условиях могут быть замещены эндоскопическими вмешательствами.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Батвинков Н.И.

Гродно, Беларусь

Цель исследования. Изучить причины повторных операций на желчевыводящих путях и повысить эффективность лечения больных постхолецистэктомическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением автора находилось 95 больных, которые были подвергнуты повторным хирургическим вмешательствам на желчных протоках. Женщин было 68, мужчин – 27. Возраст их колебался от 26 до 85 лет. Большинство (78%) больных поступили в клинику с явлениями механической желтухи и острого холангита. В 12 случаях отмечены многократные вмешательства на желчных путях, в том числе выполнялись повторные наложения билиодигестивных анастомозов. Применяли комплексную диагностическую программу, которая включала УЗИ, ЧЧХГ, ЭРПХГ, МРТ.

Результаты исследования. В процессе комплексного обследования больных были установлены следующие причины развития желчной гипертензии. У 22 пациентов диагностирован стеноз большого дуоденального сосочка, при этом у 15 из них он сочетался с фиксированным конкрементом в ампулярном отделе. В 29 случаях выявлена рубцовая стриктура общего желчного протока, в том числе с наличием холангиолитиаза у 21 пациента. Высокие стриктуры желчных протоков установлены у 31 больного, при этом у 17 из них была стриктура общего печеночного протока у 7 – стриктура зоны слияния правого и левого печеночных протоков, у 2 отмечено разрушение конfluence, у 5 – стриктура долевых и сегментарных протоков. Прогрессирование желчной гипертензии привело к развитию вторичного склерозирующего холангита у 4 больных. Стенозирование билиодигестивных анастомозов отмечено в 9 случаях.

Все больные подвергнуты реконструктивным или восстановительным операциям на желчных путях. В 22 случаях выполнена трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, при этом у 15 из них в сочетании с холангиолитотомией. У 21 больного произведена холангиолитотомия с формированием гепатикохоледоходуоденоанастомоза по Флеркену. При наложении гепатикоеноанастомоза у 33 пациентов использовалась тощая кишка, выключенная по Ру. У 6 больных сформирован бигепатикоэнтероанастомоз. В 4-х случаях производилась реконструкция билиодигестивного анастомоза, а в 3-х повторное его наложение на более проксимальных отделах желчных протоков.

При стриктурах III-V типов по Bismuth использовалось предложение Нерр-Coipaуд, или выполнялась фенестрация IV сегмента печени. У 2-х больных был успешно применен метод трансэнтеральной дилатации ранее наложенных билиодигестивных анастомозов, ко-

торые «вросли» в печеночную ткань в зоне ворот печени. Наиболее сложная проблема возникает при лечении больных, страдающих вторичным склерозирующим холангитом, что имело место в 4 случаях. Им было выполнено форсированное бужирование внутрипеченочных желчных протоков с транспеченочным дренированием, что позволило ликвидировать механическую желтуху или значительно уменьшить ее интенсивность, однако данный метод требует дальнейшего изучения.

Послеоперационная летальность составила 4,2%, причиной которой в трех случаях явилось прогрессирование гнойного холангита с образованием множественных абсцессов печени и в одном случае – несостоятельность билиодигестивного анастомоза.

Выводы. Постхолецистэктомический синдром включает заболевания преимущественно гепатобилиарной системы, которые требуют применения современных методов диагностики и сложных оперативных вмешательств в условиях специализированных хирургических отделений.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Белюк К.С., Жандаров К.Н., Кухта А.В.,
Мижович Т.И.*

Гродно, Беларусь

Целью настоящего исследования является определить пути экономии денежных средств и улучшение результатов лечения на основании подробного клинического и экономического анализа средств затраченных на лечение больных с осложнениями желчнокаменной болезни (ЖКБ).

За период 2002-2007 гг. проанализированы экономические затраты на лечение 319 больных с осложнениями ЖКБ. Всего на лечение 319 больных затрачено 240,9 млн. бел. руб. В среднем на каждого больного затрачено 9,5 млн. На одноэтапное лечение в среднем на каждого больного затрачено (7,9±3,1) млн., на 2-этапное (12,2±0,56) млн. и на лечение случаев неудачного проведения открытых оперативных вмешательств и также при неудаче ЭПСТ – (14,0±1,6) млн.

Общая стоимость проведения только ЭПСТ составила 28,8 млн. и в среднем на каждого больного 1,1 млн. «Золотым» стандартом чисто эндоскопического лечения осложнений ЖКБ, конечно же, является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) на первом этапе и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) – вторым этапом.

С экономической точки зрения, нужно согласиться, что стоимость лечения больных ЭПСТ+ЛХЭ без выписки из стационара (3,8 млн.) практически в 2 раза меньше, чем аналогично ЭПСТ+ЛХЭ с выпиской (6,6 млн.) из стационара. Это обусловлено 2-разовой госпитализацией, обследованием и подготовкой к оперативному лечению.

При показаниях к открытому оперативному вмешательству в связи с разработкой новых интраоперационных методов папиллосфинктеротомии и «глухого» прецизионного шва (ГПШ) общего желчного протока (ОЖП), с клинической точки зрения, по данным литературы, мнение большинства склоняется к проведению одноэтапного хирургического лечения, обладающего рядом преимуществ перед 2-этапными методиками.

Проанализировав экономические затраты при проведении обоих методик, пришли к выводу, что экономическая эффективность одноэтапных методов комплексного лечения осложнений ЖКБ значительно выше, чем 2-этапных методик.

Одним из стандартов разработанного в клинике алгоритма одноэтапного лечения осложнений ЖКБ являются операции с применением антеградной папиллосфинктеротомии (АПСфТ). При сравнительной характеристике одноэтапного лечения с применением АПСфТ во время открытого оперативного вмешательства и 2-этапного с применением на I этапе ЭПСТ и на II – открытого оперативного вмешательства, выявлено, что стоимость одноэтапного лечения значительно ниже ($2,5 \pm 0,8$), чем аналогичного 2-этапного ($4,9 \pm 2,3$)

Следовательно, как в клиническом, так и в экономическом плане «золотым» стандартом лечения осложненный ЖКБ остается по-прежнему двухэтапное эндоскопическое вмешательство ЭПСТ+ЛХЭ. При невозможности его выполнения экономически более выгодным является применение комбинации открытых и эндоскопических методов, а именно, холецистэктомия + холедохолитотомия + АПСфТ + ГПШ ОЖП.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*Василевич В.С., Вержун С.С., Гончаров Н.Н.
Речица, Беларусь*

Один из путей улучшения качества медицинской помощи больным с острой абдоминальной патологией – внедрение инноваций в повседневную хирургическую практику.

Цель исследования: показать эффективность применения инновационных технологий в экстренной абдоминальной хирургии.

Материал и методы. 31% больных хирургического стационара – пациенты с острой абдоминальной патологией. Диагностика острой патологии брюшной полости включает общеклинический, лабораторный, эндоскопический, рентгенологический и ультразвуковой методы. В работе используются «Клинические протоколы диагностики и лечения взрослого населения с острыми хирургическими болезнями», утвержденные МЗ РБ. Инновации применены при лечении 3-х (желудочно-кишечные кровотечения, острый холецистит, острый панкреатит) из 7-ми учетных острых хирургических заболеваний брюшной полости. При желудочно-кишечных кровотечениях – режим непрерывного эндоскопического, фармакологического, физического гемостаза с медикаментозным противоязвенным сопровождением в течение 72 часов с момента госпитализации больного. При остром холецистите – режим динамической лабораторной, ультразвуковой и эндоскопической диагностики в течение 6-24 часов с момента госпитализации с финишной лапароскопической холецистэктомией. При остром панкреатите – лечебно-диагностический ритм (клиническая, лабораторная, ультразвуковая, эндоскопическая диагностика) в течение 6-ти часов от момента госпитализации с целью клинко-морфологической дифференцировки формы и вида течения заболевания с последующим выбором степени интенсивности терапии.

Результаты. В 2004-2008 гг. пролечено 378 больных с желудочно-кишечными язвенными кровотечениями.

Прооперировано 10 пациентов с профузным кровотечением. У 1,6% больных развился рецидив кровотечения в стационаре, и они оперированы в срочном порядке. Оперативная активность составила 4,2% с послеоперационной летальностью 6,2%. Внедрение инновационных схем лечения позволило к 2009 г. уменьшить экстренную оперативную активность до 3,1% и снизить послеоперационную летальность на 10,5%. За отчетный период пролечено 710 больных с острым холециститом. Оперативная активность составила 44,5% при послеоперационной летальности 0,3%. Использование инновационных технологий позволило увеличить к 2009 г. досрочную оперативную активность на 35,1% при неизменной послеоперационной летальности за счет раннего выявления деструкции желчного пузыря. Причем, 78% холецистэктомий выполнено видеолaparоскопическим способом. За последние 5 лет пролечено 536 больных с острым панкреатитом. У 34,2% больных заболевание имело тяжелое течение. Оперативная активность-3,2%; летальность-29,4%. Внедренные методы ранней санационной лапароскопии и чрезкожной тонкоигольной пункции жидкостных образований позволили снизить число инфицированных панкреанекрозов и локализовать распространение панкреатического инфильтрата.

Выводы. Применение инноваций в лечебно-диагностическом процессе при острой абдоминальной патологии позволяет улучшать результаты лечения.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ МОК ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ОККЛЮЗИЙ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

*Василевский В.П., Иоскевич Н.Н.,
Цилиндзь А.Т., Якубцевич Р.Э. Дюрдь А.И.
Гродно, Беларусь*

В клинике хирургии сосудов за последний год выполнены 169 реконструктивных и восстановительных операций по поводу окклюзий аорто-подвздошного (46) и бедренно-берцового сегментов (123). 10 пациентам осуществлены «многоэтажные» реконструкции магистрального сосудистого русла. 15 больным ранее уже были произведены ангиохирургические операции. Возраст больных 42-79 лет. Выполнено 116 реконструктивных операций, у 43 пациентов операциями выбора явились восстановительные хирургические вмешательства. При многоэтажном поражении в 10 наблюдениях выполнялась одновременная реконструкция аортоподвздошного и бедренно-берцового сегментов. В послеоперационном периоде положительный клинический результат получен у 95,7%. У 4 оперированных адекватная реваскуляризация конечностей не достигнута, и им вследствие прогрессирования критической ишемии выполнены ампутации. Общая послеоперационная летальность составила 1,8% – 3 пациента. Исследуемым больным, прооперированным по поводу окклюзионной патологии аорты и артерий нижних конечностей, в послеоперационном периоде были назначены как традиционная патогенетическая (деагреганты, антикоагулянты, антиоксиданты) терапия, так и 5 сеансов экстракорпорального магнитного облучения крови (МОК) на аппарате UNISPOK. У данной группы пациентов до сеанса, а также после 1, 3, 5 сеансов производилось динамическое исследование газового состава крови и показателей гемостаза. Изучены 5 газовых показателей: рН крови (рН), напряжение углекислоты (рСО₂), напряжение кислорода (рО₂), на-

сыщение крови кислородом (sO_2), концентрация лактата ($cLak$). Анализ полученных средних результатов газового состава крови показал, что на фоне традиционной патоморфологической терапии с применением экстракорпорального магнитного облучения крови показатели достигли либо нормального значения (pH крови, концентрация лактата ($cLak$)), либо имели положительную динамику, по сравнению с исходными (напряжение углекислоты (pCO_2), напряжение кислорода (pO_2), насыщение крови кислородом (sO_2)). Таким образом, воздействие магнитного поля на кровь обладает антигипоксическим эффектом, что в значительной мере закрепляет клинический результат хирургического лечения. Важной особенностью современной реконструктивно-восстановительной хирургии атеросклеротических окклюзий аорты и магистральных артерий нижних конечностей является возобновление достаточного кровоснабжения ишемизированных тканей с помощью адекватной операции в сочетании с комплексной многокомпонентной до- и послеоперационной терапией.

ХИРУРГИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ

*Василевский В. П., Мидкевич В. А.,
Можейко М. А., Маслакова Н. Д.,
Лъжевский И. В.*

Гродно, Беларусь

В мире ежегодно формируется 12-15 тыс. различных видов стом. Число таких больных составляет 100-150 человек на 100 000 населения. Данная вынужденная противоестественная операция значительно снижает качество жизни пациентов. Даже при правильном функционировании стомы такие больные ограничены в социально-бытовой деятельности как в силу функциональных нарушений, так и в результате воздействия отрицательных эмоциональных факторов.

Целью работы является анализ причин формирования кишечных стом и возможность реабилитации энтеро- и колостомированных больных. В профильных хирургических отделениях основной клинической базы (областная клиническая больница) и филиала (ГУ ВМЦ ВС РБ) кафедры хирургических болезней №1 ГрГМУ с 2006 по 2008 гг. оперированы 22 больных со стомами различных локализаций. Среди пациентов мужчины составили 82%, женщины – 18%. Возраст больных от 32 до 77 лет, в среднем 53 года. Длительность функционирования стом от 3 до 15 месяцев. Причины формирования стом: закрытые травмы брюшной полости с разрывом полых органов-23%, болезнь Крона-18%, послеоперационная спаечная кишечная непроходимость – 14%, деструкция кишки при остром панкреатите и панкреонекрозе - 13%, огнестрельные и ножевые ранения брюшной полости - 9%, странгуляционная кишечная непроходимость - 9%, ущемленные бедренные и пупочные грыжи - 9%, рецидивирующий сегментарный венозный тромбоз-5%. По видам стомы распределились: энтеро(илео) - 54,5%, коло - 45,5% (сигмо - 36,4%, трансверзостомы - 9,1%). С целью проведения медицинской реабилитации всем больным были выполнены оперативные вмешательства с наложением: сигмо-сигмоанастомоза «конец в конец» - 7 больных, анастомоза в 3/4 по Мельникову - 6, энтеро-энтероанастомоза «конец в конец» - 4, илеоасцендоанастомоза «бок в бок» и трансверзодесцендоанастомоза «конец в бок» по 2 пациента, энтероэнтероанастомоза «бок в бок» - 1. Недостаточности ана-

стомоза после закрытия кишечных стом не наблюдалось, однако у 1 больного было отмечено наличие кровотечения из области ушитой энтеростомы и брыжейки тонкой кишки. Нагноение раны в зоне снятия стомы наблюдалось у 9% (2 оперированных). Данные осложнения были успешно ликвидированы местными лечебными манипуляциями. Послеоперационная летальность составила 4,5%,

Таким образом, индивидуальный подход к выбору наиболее приемлемого способа реконструктивно-восстановительной операции с учетом характера патологии, явившейся причиной стомы, сроки выполнения и применение надежного вида межкишечного соустья, особенности ведения послеоперационного периода – основные проблемы, которые решались в каждом конкретном случае при хирургической реабилитации энтеро- и колостомированных больных.

МОРФОГЕНЕЗ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Величко А. В., Дундаров З. А.,
Степаненко В. Г., Самбук Е. М.,
Мухина Ю. И.*

Гомель, Беларусь

Острые воспалительные заболевания и повреждения поджелудочной железы относятся к наиболее трудным разделам клинической медицины. До настоящего времени некоторые особенности патогенеза нарушений гомеостаза при различных формах воспаления поджелудочной железы изучены недостаточно.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения в жизненно важных органах при остром панкреатите и его осложнениях в разные сроки заболевания путем экспериментального моделирования.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 30 беспородных крысах массой 300-350 гр. Все экспериментальные животные разделены на 4 группы в зависимости от серий и сроков выведения из эксперимента. 1 а группа – крысы с острым панкреатитом, погибшие в первые 3-е суток. 1 б группа – животные с острым панкреатитом, выведенные из эксперимента на 8-е сутки. Во вторую группу вошли крысы с панкреатитом и сдавливанием ДПК. В третьей группе экспериментальные животные погибли от панкреатита с высоким кишечным свищом. Результаты и обсуждение. 24 экспериментальных животных из 1 а, 2-й и 3-й групп погибли в течение $50 \pm 3,6$ часа от момента окончания операции. 6 крыс были выведены из эксперимента на 8-е сутки, при этом они относились к 1 б группе. Выявлено, что выраженность альтерации поджелудочной железы не коррелирует со сроками жизни экспериментальных животных. Отмечена прямая корреляция альтеративно-сосудистых изменений в легких со сроками жизни экспериментальных животных. При формировании панкреонекроза с непроходимостью верхних отделов ЖКТ и свищом (2-я и 3-я группы) в лёгких, наряду с альтеративно-сосудистыми реакциями, определяется ярко выраженное воспаление. В результате выраженность альтеративных и сосудистых изменений в лёгких определяет тяжесть течения и сроки гибели экспериментальных животных при панкреонекрозе, тогда как обширность и степень некроза самой паренхимы поджелудочной железы не играет в этом решающей роли. В случаях развития осложнений панкреонекроза, приво-

дящих к непроходимости верхних отделов ЖКТ или формированию высоких кишечных свищей, в кратчайшие сроки в лёгких развиваются, наряду с альтеративными и сосудистыми, ещё и ярко выраженные воспалительные изменения.

Таким образом, гибель экспериментальных животных в первые трое суток после формирования панкреонекроза наступила вследствие шока. При этом одним из этиопатогенетических звеньев последнего в случаях осложнений явился инфекционно-токсический фактор.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАХОВОГО КАНАЛА

*Визгалов С.А., Смотрич С.М.,
Островская О.В. Хашим М*
Гродно, Беларусь

Выбор способа герниопластики при лечении паховой грыжи остаётся объектом пристального внимания и напряжённого изучения, как грандов хирургической мысли, так и широкого круга хирургов. Распространённость паховых грыж (5% общего числа взрослых мужчин) и высокий показатель рецидива при традиционных видах герниопластики (8%) заставляют искать новые, более эффективные способы оперативного лечения. Грыжесечение занимает значительную часть спектра оперативной деятельности хирургических стационаров (15-25%). При использовании новых атензионных комбинированных методов пластики пахового канала важным моментом хирургического вмешательства является выбор места рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота для выкраивания оптимального лоскута нужного размера. Данный этап существенно упрощается при наличии информации о размерах пахового промежутка.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности УЗИ для оценки состояния пахового промежутка при наружных грыжах живота.

Материалы и методы. В ходе работы обследовано 19 больных мужского пола с наружными паховыми грыжами, средний возраст которых составил 49 лет. Косая паховая грыжа встречалась в 89% наблюдений, а прямая паховая грыжа у 10,5% больных. По локализации чаще встречались правосторонние паховые грыжи, чем левосторонние (73,6% и 26,3%, соответственно). Всем нашим пациентам в предоперационном периоде проводилось ультразвуковое исследование пахового промежутка на стороне грыжевого выпячивания. Исследование пахового промежутка выполняли после вправления грыжевого выпячивания с помощью прибора Sonoace 5500 с линейным датчиком 7,5 МГц в М-режиме.

Результатом исследования явилось определение среднего значения высоты пахового промежутка у исследуемой группы больных. Данный показатель составил 29,0±3,2 мм. Измерение пахового промежутка во время операции показало полное соответствие ультразвуковых данных с данными замера его размеров во время операции.

Заключение. Полученные результаты позволяют говорить о высокой степени достоверности и точности ультразвукового метода в определении высоты пахового промежутка и рекомендовать его для широкого клинического применения.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В БЕЛАРУСИИ

*Воробей А.В., Вижинис Е.И., Рылук А.Ф.,
Орловский Ю.Н., Дергачева Н.В.,
Лагодич Н.А., Некрасов Д.А.*
Минск, Беларусь

Цель исследования. Изучение современных тактических ошибок при первичной коррекции ятрогенных повреждений гепатикохоледоха (ЯПГХ); оценка методов дифференциальной диагностики стриктур ГЕА и рецидивирующего холангита; обоснование технологий хирургической коррекции рубцовых стриктур ГЕА и высоких повреждений желчных протоков.

Материалы и методы. 48 наблюдений ЯПГХ за 2002-2008 гг., включая 4 собственные первичные реконструкции, 4 – экстренные реконструктивные операции при выезде в другие стационары и 40 – переводы больных в РЦРХГиКП для первичных и повторных (после неадекватной первичной коррекции ЯПГХ) реконструктивных операций из всех регионов Беларуси. Диагностика состояния билиарного тракта включала ЧЧХГ, фистулографию, эндоскопическую ретроградную ХГ, магнитно-резонансную ХГ (16 наблюдений) и осмотр ГЕА через петлю по Ру с использованием двухбаллонного энтероскопа фирмы «Fujinon» (5 наблюдений). Два последних метода исследования были наиболее достоверными в дифференциальной диагностике стриктур ГЕА и рецидивирующего холангита. Результаты: 9 больных поступили к нам с наружным желчеистечением, 8 – с желчным перитонитом после холецистэктомии (ХЭ), 27 – с механической желтухой вследствие рубцовых стриктур желчных протоков или первичных ГЕА. В 13 наблюдениях из 48 (27%) после ХЭ в других стационарах не было выявлено повреждения гепатикохоледоха, в 20,8% – хирурги не владели техникой гепатикоэюностомии, в 1 наблюдении глухой шов холедоха оказался несостоятельным из-за стриктуры его терминального отдела, 2 повреждения возникли после ХЭ на фоне опухоли Клацкина. Причиной рубцевания 9 ГЕА, наложенных в региональных стационарах, были тактико-технические ошибки: ГЕА на петле с соустьем по Брауну, ГЕА на впередиободочной или «порочной» позадиободочной петле по Ру. У 43 больных нами были прецизионно первично сформированы или реконструированы ГЕА на длинной позадиободочной петле по Ру, в том числе 3 – с центральной клиновидной резекцией печени для визуализации протоков при Bismuth IV-V. При рецидивных стриктурах ГЕА в 3 наблюдениях эффективной оказалась лазерная вапоризация стриктур, в 4 – понадобилось длительное транспеченочное каркасное дренирование. Для компенсации возможной интраоперационной кровопотери всегда используем Cell-Saver фирмы «Fresenius». Умерла одна больная после успешной реконструкции повреждения по Bismuth V от причин, не связанных с операцией. У 1 – после нашей реконструкции развилась стриктура ГЕА, устраненная повторной операцией.

Заключение. ЯПГХ остаются достаточно частым осложнением ХЭ. К неудовлетворительным результатам приводит выбор неадекватного варианта внутреннего желчеотведения или технически неправильно выполненный ГЕА на петле по Ру. Частота таких попыток в регионах Беларуси возросла с 9,7% в период 1971-1989 гг до 44,8% в 2003-2008 гг. Ликвидация стриктур ГЕА, раз-

вившихся вследствие таких необоснованных реконструкций, должна выполняться только в высокоспециализированных хирургических центрах.

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Гаврилик Б.Л., Дудинский А.Н., Антонович С.Ф.

Гродно, Беларусь

Сочетанная травма является одной из основных причин смерти, наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. К сочетанной травме следует относить повреждение какого-либо внутреннего органа и переломы или другие травмы опорно-двигательного аппарата.

Цель работы. Изучить диагностические критерии повреждений живота при сочетанной травме. Из них выявить наиболее достоверные и широкоиспользуемые.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 68 историй болезней пациентов, находившихся на лечении с указанной травмой с 2005 по 2007 годы в больнице скорой медицинской помощи г. Гродно.

Результаты. Мужчин было 45 (66,2%) человек, женщин – 23 (33,8%). Время от возникновения травмы до поступления в больницу было различным. В сроки до 35 минут доставлены в стационар 4 (5,9%) человека, до 1,5 часа – 19 (27,9%), от 2 до 3,5 часов – 6 (8,8%), до 1 суток – 4 (5,9%), свыше 1 суток – 5 (7,4%) пациентов. Не удалось установить время с момента получения травмы у 30 (44,1%) больных. Обстоятельства травмы были следующими: дорожно-транспортное происшествие – 32 (47,0%) случая, падение с высоты – 18 (26,7%), в результате нанесения телесных повреждений другим лицом – 4 (5,8%), бытовая травма – 4 (5,8%), производственная травма – 2 (2,9%), другие обстоятельства – 8 (11,8%) случаев. Изменения показателей общего анализа крови при поступлении в стационар наблюдались у 61 человека и характеризовались различной степенью анемией и лейкоцитозом. Причём, изменения показателей со стороны как красной, так и белой крови отмечались у 25 (41,0%) пациентов, показателей только белой крови – у 21 (34,4%), красной крови – у 15 (24,6%) больных. Изменения со стороны пульса и давления наблюдались у 35 больных и заключались в увеличении шокового индекса (пульс/САД больше либо равно 1). Причём, для умерших пациентов показатели шокового индекса характеризовались более высокими значениями. Из инструментальных методов исследования диагностическая лапароскопия проводилась у 27 (39,7%) пациентов, УЗИ – у 13 (19,1%), КТ брюшной полости – 2 (2,9%). УЗИ и диагностическая лапароскопия выполнена 5 (7,4%) больным. У 17 (25,0%) больных ввиду ясной клинической картины инструментальные диагностические методы исследования не проводились, больные оперированы в экстренном порядке. Ввиду быстро наступившего летального исхода инструментальная диагностика и оперативное пособие у 4 (5,9%) пострадавших не проводились. Из всех пациентов в состоянии алкогольного опьянения находились 28 (41,2%) больных. Умерло 29 (42,6%) пострадавших.

Выводы. Основным диагностическим методом исследования повреждений живота при сочетанной травме следует считать диагностическую лапароскопию. Наиболее частой причиной сочетанной травмы является до-

рожно-транспортное происшествие и падение с высоты. Значительное число пострадавших доставлено в больницу в состоянии алкогольного опьянения.

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТОЧАЩИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Гарелик П.В., Мармыш Г.Г., Цилиндзь И.Т., Польшинский А.А., Шевчук Д.А.

Гродно, Беларусь

Широкое распространение язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) обуславливает неугасающий интерес к дальнейшему совершенствованию методов ее консервативного и оперативного лечения.

Материалы и методы. По данным центра гастроудоденальных кровотечений на базе клиники общей хирургии г.Гродно за последние три года источником кровотечения у 988(53,2%) больных явилась язва 12ПК, у 469(25,3%) – язва желудка. При этом у 229(15,7%) были установлены острые язвы желудка и 12ПК, у 19(1,3%) – сочетанные язвы желудка и 12ПК, малигнизированные язвы – у 36(1,9%).

Язвенные кровотечения составили 78,5% от всех гастроудоденальных кровотечений. Продолжающееся кровотечение было диагностировано у 763 (41,1%) больных, состоявшееся кровотечение – у 739 (39,85%), и нестабильный гемостаз определен у 254 (13,9%).

Эндоскопический гемостаз проведен у 60,2% больных, непосредственная эффективность лечебной эндоскопии была эффективной в 95,9% случаев и неэффективной в 4,1% случаев.

Результаты и обсуждение. Основой лечебной тактики была инфузионно-трансфузионная терапия. Принципиально важным при лечении данных пациентов считаем поддержание круглосуточно рН желудочного содержимого, равного 5,0-6,0, что может быть обеспечено внутривенным введением омепразола или фамотидина в течение 3 суток с переходом на таблетированные формы. Показанием к выполнению экстренной операции в любое время суток у больных, страдающих язвенным ГДК, считаем продолжающееся кровотечение, которое не удается остановить, используя и эндоскопические методики, рецидив кровотечения на фоне проводимого лечения, угрозу рецидива кровотечения при содержании гемоглобина до 80 г/л, гематокрита до 25% и отрицательную эволюцию язвы по данным эндоскопии.

Экстренной операции (до 6 часов) подвергнуто 12 (26,1%) больных, срочные операции (до 48 часов) при рецидиве или высоком риске рецидива выполнены у 25 (54,3%) больных, плановые операции (позже 10 суток) выполнены у 7 (15,2%).

При кровотечении из острых язв, даже при неоднократном его рецидиве, проводилось консервативное лечение, включавшее и повторное применение эндоскопических методик. Подвергнуть операции при этом источнике кровотечения нам пришлось 2 больных. Что касается объема оперативного вмешательства, то следует отметить, что у 16 (34,85%) больных выполнены резекции желудка, у 23(50,0%) выполнялись органосохраняющие операции. При этом из-за тяжести состояния у 7 (15,2%) – минимальное по объему вмешательство (иссечение язвы, прошивание кровоточащих сосудов).

Заклучение. Главным требованием к операции при кровотечении считаем удаление самого язвенного суб-

страга, обеспечивающего стабильный окончательный гемостаз.

При кровотечении из хронической язвы желудка методом выбора хирургического лечения считаем резекцию желудка, в исключительных случаях – иссечение язвы.

Во всех случаях кровотечения из язв 12ПК считаем правомочным выполнение резекции желудка, отдавая предпочтение органосохраняющим операциям. Принципиально важным считаем, что обработку культи 12ПК следует выполнять открытым способом под визуальным контролем с тем, чтобы иметь полную уверенность в иссечении язвы.

После оперативного лечения по поводу язвенных кровотечений умерло 4 больных, летальность составила 8,7%.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Гарелик П.В., Дубровицк О.И., Довнар И.С., Могилевец Э.В., Колешко С.В

Гродно, Беларусь

Миниинвазивные оперативные вмешательства в неотложной абдоминальной хирургии стали методом выбора при стертой абдоминальной симптоматике или резко выраженной полярности острых симптомов заболевания, что в совокупности и составляет основной объем работы в экстренной хирургии.

Цель работы состоит в оценке собственных результатов, обоснованности и эффективности применения миниинвазивных вмешательств в диагностике и лечении острой абдоминальной патологии.

Материал и методы. В исследование включены 579 больных с экстренной абдоминальной патологией, госпитализированных в клинику общей хирургии, которым выполнены диагностические и лечебные миниинвазивные оперативные вмешательства.

Результаты и обсуждение. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 360 больных, диагностическая трансформирована в лечебную у 43 больных, лапароскопически ассистированная – у 19. Другие диагностические лапароскопии по неотложным показаниям выполнены у 158 больных: острой хирургической патологии не было установлено у 47; у 32 диагностирована острая гинекологическая патология; мезентериотромбоз у 28. У 36 больных с закрытыми абдоминальными травмами, установлено: разрывы капсулы печени (4), в 1 случае с разрывом желчного пузыря, забрюшинные гематомы (7), гематомы брыжейки тонкой кишки (20), патологии не установлено (5). Диагностическая лапароскопия выполнена у 10 больных при проникающих ранениях брюшной полости. Продолжающееся кровотечение и гематомы мезоколон выявлены у 5 больных, у 3 повреждение сальника, у 2 диагностировано повреждение передней стенки желудка и поперечно-ободочной кишки. Диагностическая лапароскопия трансформирована в лечебную у 3 больных, у 7 потребовался переход на лапаротомию. У 5 больных, поступивших в клинику по экстренным показаниям, диагностированы опухоль печени и желчного пузыря (1), ворот печени (1), поликистоз печени (2) и в 1 случае туберкулез кишечника. У 16 больных выполнено лапароскопическое ушивание прободных язв двенадцатиперстной кишки и у 4 адгезиолизис. Лапарос-

копическая санация и дренирование брюшной полости проведены у 41 больного острым геморрагическим панкреатитом.

Заключение. Анализ литературы и собственные результаты позволяют отметить, что даже в хорошо оснащенных клиниках видеоэндоскопические технологии в абдоминальной неотложной хирургии выполняются хирургами-энтузиастами, потому что отсутствует единая концепция применения миниинвазивных вмешательств в экстренной хирургии. Необходимы организационная работа и обучение миниинвазивным технологиям большого числа врачей. Сравнивая наши результаты и возможности миниинвазивной хирургии с возможностями при экстренной патологии, которые демонстрируют ведущие клиники РБ, можно констатировать: данное направление нам следует развивать, совершенствовать технику выполнения и расширять показания. Значительно сдерживают наши возможности в миниинвазивной хирургии нехватка оборудования, отсутствие необходимых инструментов, а технически хирурги клиники готовы выполнять значительно больший объем оперативных вмешательств. Сотрудниками клиники разработана и утверждена МЗ БР инструкция по применению: «Рациональные видеоэндоскопические и другие малоинвазивные методы диагностики и лечения в экстренной абдоминальной хирургии» (№ 112 -1104, 2006г.).

Представленный опыт свидетельствует о том, что миниинвазивные методы диагностики и лечения являются эффективными и перспективными, позволяют значительно улучшить результаты лечения больных в экстренной абдоминальной хирургии.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: КРИТЕРИИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТАКТИКУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Гарелик П.В., Довнар И.С., Пакульневич Ю.Ф., Колешко С.В.

Милешко М.И

Гродно, Беларусь

Хронический панкреатит (ХП) – длительно протекающий дистрофический процесс в поджелудочной железе (ПЖ) с деструктивными изменениями ее экзокринной части, с замещением их соединительной тканью, изменением в протоковой системе с образованием кист, конкрементов и сопровождающийся воспалением.

Лечение ХП может быть консервативным или хирургическим. В начале заболевания, при нерезко выраженных клинических проявлениях показано консервативное лечение. В далеко зашедших случаях, с обызвествлением паренхимы ПЖ или развитием стенозирования сфинктера Одди, общего желчного и панкреатического протоков, при псевдогуморозной форме ХП, а также при развитии механической желтухи (склерозирующая форма панкреатита), или при развитии осложнений (киста, абсцесс) рекомендуется хирургическое лечение.

Различают 4 вида хирургического вмешательства у больных ХП:

1. Непрямые методы: вмешательства на желчных путях (холецистэктомия, холедоходуоденостомия); операции на нервной системе (ваготомия, спланхэктомия).
2. Прямые методы: сфинктеротомии (рассечение сфинктера Одди, рассечение собственного сфинктера вирсунгова протока); удаление камней из ПЖ;
3. Методы разгрузки панкреатических протоков: вир-

сунгодуоденостомия, вирсунгогастростомия, вирсунгоеюностомия и др.

4. Панкреатэктомии.

Современная хирургия требует не только доказательного принципа необходимости оперативного вмешательства, но и стремления выполнения его миниинвазивными методами. Прямое экстраполирование радикальных методов лечения, применяемых при раке ПЖ, на больных с ХП далеко не всегда приводит к хорошим послеоперационным результатам и повышению качества жизни больных в послеоперационном периоде.

Известно, что прямые вмешательства на ПЖ проводят при сужениях и камнях вирсунгова протока, подозрении на рак, необратимых фиброзных изменениях паренхимы железы, кальцинозе и псевдокистах. Основные операции при первичном ХП выполняются в объеме резекции ПЖ и операции дренирования. В настоящее время чаще применяются эндоскопические гастростомии или дуоденостомии. Миниинвазивным вмешательством при кистах ПЖ является внутреннее или наружное дренирование под контролем УЗИ. При ХП билиарного генеза и наличии желчнокаменной болезни (ЖКБ) выполняют вмешательства, направленные на декомпрессию и восстановление оттока желчи и панкреатического сока: холецистостомия под контролем УЗИ (в клинике выполнено 22 операции), холецистэктомия – предпочтительно лапароскопическая (96 операций), холедохотомия (14 операций), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (84 операции). При стенозе устья вирсунгова протока показана продольная панкреатоэюностомия (выполнено 2 панкреатоэюностомии при панкреатитах билиарного генеза и наличии ЖКБ).

При сочетании ХП и язвы желудка, пенетрирующей в ПЖ, показана резекция желудка по Бильрот-1 (выполнено 4 операции). При язве двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей в головку ПЖ, эффективна СПВ в сочетании с дренирующими желудок операциями или резекцией желудка по Бильрот – 2 (18 операций).

Несмотря на множество публикаций по данной проблеме, детальное обсуждение принципов хирургического лечения ХП на различных форумах хирургов, до настоящего времени многие вопросы остаются достаточно дискуссионными и нерешенными.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАДИКАЛЬНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Гарелик П.В., Дубровшик О.И., Цилиндзь И.Т.,
Кояло, С.И. Хильмончик И.В.*

Гродно, Беларусь

Многие хирурги, освоившие ЛХЭ, герниопластику, лапароскопическую аппендэктомию, признали лапароскопическую хирургию как альтернативный способ лечения непроходимости тонкой кишки при соответствующих условиях.

Материалы и методы. Оперировано 4 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (женщин – 3, мужчин – 1), в возрасте до 49 лет. Все больные госпитализированы по неотложным показаниям с типичной клиникой спаечной болезни брюшной полости и явлениями острой кишечной непроходимости. В анамнезе у всех были оперативные вмешательства: прободная язва желудка (1), аппендэктомиа (2), ножевое проникающее ранение брюшной полости с повреждением печени (1).

Всем проведен общепринятый комплекс консервативного лечения. Показанием к лапароскопической операции считали неэффективность консервативных мероприятий в течение 6-8 часов от момента поступления.

Первый троакар вводили без предварительно наложенного пневмоперитонеума во избежание случаев пневматизации большого сальника и предбрюшинной клетчатки, не ближе 6-7 см от послеоперационных рубцов. При панорамном осмотре брюшной полости оценивали наличие и локализацию спаечных с париетальной брюшиной сальника и петель тонкой кишки, выраженность спаечного процесса и характер спаек. Сальник от брюшины отделяли тупо и остро с применением монополярной коагуляции. Троакары для рабочих инструментов располагали индивидуально, но всегда в виде треугольника основанием к зоне работы для облегчения визуального контроля за инструментами. При ревизии выявляли границу усиленной перистальтики и вздутие кишки проксимальнее места непроходимости. Плоскостные спайки у 2 больных рассекали ножницами, шнуровидные спайки иссекали после коагуляции. Бранши зажимов располагали не ближе 1 см от стенки кишки. Петли кишок разделяли тупо браншами манипулятора и тракции петель в разные стороны, при возможности ножницами. В 2-х случаях оптимальным объемом оперативного вмешательства, не продолжительным и не представлявшим технических сложностей, было рассечение единичных спаек без использования электрокоагуляции. После устранения причины непроходимости оценивали жизнеспособность кишки в месте непроходимости, ревизию тонкой кишки проводили мягкими зажимами. Завершали операцию тщательной санацией.

Результаты. Осложнений при введении троакаров не отмечали. Продолжительность операции 1-1,5 часа. Перистальтика восстановилась в первые сутки после операции. Активный режим отмечен у всех 4 больных. Наркотические анальгетики вводились в день операции один раз на ночь. Средний срок пребывания в стационаре составил 8 дней. Осложнений в ближайшем и раннем послеоперационном периоде не было.

Заключение. Современная доктрина неотложной абдоминальной эндовидеохирургии в отношении лечения острой спаечной кишечной непроходимости неоднозначна, но в единичных публикациях хирурги, имеющие большой опыт выполнения таких операций, считают, что, если нет противопоказаний для использования методики, адгезиолизис может быть альтернативой традиционным оперативным пособиям. Мы же считаем, что залогом успеха является объективная оценка возможностей этих методик в каждом отдельном случае и применение их должно быть по строгим показаниям, которые обозначены и общеизвестны.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Гарелик П.В., Мармыш Г.Г., Цилиндзь И.Т.,
Могилевец Э.В.*

Гродно, Беларусь

В мире каждый год выполняется до 2,7 млн. оперативных вмешательств по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ). Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является операцией выбора у больных калькулезным холециститом и выполняется даже при остром холецистите в 73,8-97,2% случаев. Несмотря на малоинвазив-

ность оперативного вмешательства интраоперационные осложнения встречаются в 0,1 – 5,1% случаев, достигая, по данным разных авторов, 24,5%.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ собственных результатов применения ЛХЭ в лечении ЖКБ.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии с января 1995 по март 2009 года выполнено 3729 холецистэктомий, из них лапароскопических 3285, при этом удельный вес ЛХЭ неуклонно возрастал, и в 2008 году составил 95,7%.

Результаты и обсуждение. В 706 (21,5%) случаях отмечались сложности и технические трудности выполнения отдельных этапов ЛХЭ, обусловленные выраженной инфильтрацией тканей при остром холецистите, спайками и сращениями в операционной зоне, анатомическими вариантами протоковых и сосудистых структур. Конверсии предприняты у 86 (2,6%) пациентов, причинами служили следующие интраоперационные осложнения: кровотечение из ложа желчного пузыря и/или пузырной артерии и ее ветвей у 33 (1%), диссеминация множества мелких конкрементов после повреждения стенки желчного пузыря у 17 (0,49%), у 30 (0,91%) – переход на лапаротомию был обусловлен наличием выраженного подпеченочного инфильтрата при остром холецистите с вовлечением двенадцатиперстной кишки. Интраоперационное повреждение внепеченочных желчных протоков произошло в 8 (0,24%) случаях, при этом в 6 (0,18%) наблюдалась травма диагностирована во время операции. Причины повреждения были следующие: в 4 случаях из-за анатомических особенностей общий желчный проток (ОЖП) был принят за пузырный, клипирован и пересечен; в 3-х случаях имелся короткий пузырный проток, манипуляции в его области в режиме монополярной коагуляции стали причиной ожога и дефекта стенки ОЖП, в 1-м случае иссечена стенка общего печеночного протока до ворот. Выполнены следующие восстановительные и реконструктивные операции: гепатикоюностомия с выключенной по Ру тощей кишкой – 4, холедоходуоденоанастомоз – 2, в 2-х случаях выполнен прецизионный шов холедоха на Т-образном дренаже.

В послеоперационном периоде незначительное желчеистечение по дренажу из подпеченочного пространства, прекратившееся самостоятельно, наблюдалось у 69 (2,1%) пациентов. У 9 (0,27%) пациентов отмечено обильное желчеистечение с развитием симптомов перитонита, при этом у 6 из них из-за несостоятельности клипс, в связи с чем выполнялись релапароскопии с санацией подпеченочного пространства, правого бокового канала и клипированием культи пузырного протока. В 2 случаях потребовались лапаротомии, выполнены перевязка культи пузырного протока, санация и дренирование брюшной полости. Серомы и инфильтраты в области послеоперационных ран отмечались в 79(2,4%) случаях преимущественно в области эпигастрального порта, нагноения – у 10(0,3%) больных. В отдаленном послеоперационном периоде диагностированы грыжи у 7(0,2%) пациентов. Смертность составила 0,06% – 1 пациентка умерла в связи с тромбозом легочной артерии, 1 – в связи с тяжелой легочно-сердечной недостаточностью.

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия малоинвазивное и безопасное оперативное пособие, прису-

щие ему осложнения требуют тщательного анализа с целью разработки и применения методов их профилактики. Применяемая в клинике с 2005 года модифицированная методика ЛХЭ позволила в еще большей степени улучшить результаты операции.

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Гарелик П.В., Польнский А.А., Милешко М.И., Пакульневич Ю.Ф., Могилевец Э.В.
Гродно, Беларусь

Целью данной работы явилось стремление разработать оптимальный и дифференцированный подход к выбору оперативного вмешательства при осложненных формах ЖКБ.

Материалы и методы. Произведен анализ результатов хирургического лечения 79 больных желчекаменной болезнью, осложненной механической желтухой. Женщин было 41 (51,9%), мужчин 38 (48,1%); средний возраст больных превышал 60 лет. У всех 79 пациентов имел место холедохолитиаз, при этом у 17 больных осложненный холангитом; у 5 больных имели место стриктуры дистального отдела холедоха, а у 3 – стеноз большого дуоденального сосочка. При поступлении в стационар общее состояние больных расценивалось как средней степени тяжести и тяжелое. Тяжесть состояния определялась давностью существования желтухи, выраженностью гипербилирубинемии и наличием сопутствующих заболеваний. Длительность желтушного периода до поступления в стационар составила 7,0±1,5 дня, при этом у большинства больных имели место явления острой печеночной недостаточности (ОПН).

Результаты и обсуждение. В этой связи 56 (70,9%) пациентов оперированы в два и более этапов. При этом первым этапом производилась декомпрессия и санация гепатикохоледоха. У 76 больных выполнены следующие оперативные вмешательства: лапароскопическая холецистостомия у 14 (17,7%) больных, чрескожная чреспеченочная холецистостомия под ультразвуковым наведением выполнена у 46 (58,2%) пациентов, микролапаротомия с холецистостомией у 8 (10,2%) больных, эндоскопическая папиллосфинктеротомия произведена 11 (13,9%) больным. Больным ОПН в стадии декомпенсации при наличии гнойного холангита, билирубинемии выше 150 мкмоль/л и продолжительности желтухи 7-8 суток дренирующие операции выполнялись в первые 24 часа.

После ликвидации гипербилирубинемии и купирования признаков ОПН второй этап операции выполнялся через 10-14 дней. 3 больным в связи с высоким операционным риском, обусловленным не купировавшейся ОПН, тяжелой сопутствующей патологией и возрастом старше 85 лет второй этап операции решено было не проводить. Умерло 2 больных, летальность составила в этой группе 2,5%. У 76 пациентов были выполнены следующие оперативные вмешательства: холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха произведено 30 больным; эндоскопическая папиллосфинктеротомия и лапароскопическая холецистэктомия выполнена 19 пациентам, холецистэктомия, холедоходуоденостомия – 22 больным, холецистэктомия с

холедохоеноанастомозом – 2, холедоходуоденостомия с папиллосфинктеротомией – 2, холедохоеноанастомоз и папиллосфинктеротомия – 1 пациенту. 27 больным наложены билиодигестивные анастомозы по следующим показаниям: множественные камни холедоха (11), выраженная дилатация внепеченочных желчных ходов (10), стеноз терминального отдела холедоха (4), рубцовая стриктура холедоха (2).

Заключение. Таким образом, рациональная тактика лечения желчекаменной болезни, осложненной механической желтухой, состоит в целенаправленном разделении лечебного комплекса на два этапа, что позволяет купировать печеночную недостаточность и в оптимальные сроки выполнить восстанавливающие желчеотток операции, значительно снизить летальность и послеоперационные осложнения. Сроки пребывания больных в стационаре при этом сокращаются на 8 дней.

СПОСОБ МОДЕЛИРОВАНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Гарелик П.В., Колешко С.В.,
Пакульневич Ю.Ф., Лис Р.Е.*
Гродно, Беларусь

В современной панкреатологии проблема острого панкреатита (ОП) – одна из наиболее сложных и актуальных. Дальнейшее выявление новых звеньев патогенеза ОП с последующей разработкой медикаментозного воздействия на них может считаться актуальным и перспективным направлением в решении данной проблемы.

При выборе экспериментальной модели ОП необходимо учитывать следующие моменты: соответствие модели современным представлениям об этиопатогенезе ОП, тяжесть самой операционной травмы для животного, простота воспроизведения модели, а в случае применения в послеоперационном периоде лекарственных препаратов для лечения – возможность достоверно оценить их действие.

Цель исследования состоит в разработке нового способа моделирования острого очагового деструктивного панкреатита у крыс, что, возможно, позволит внести коррективы и уточнить тактику лечения больных ОП в клинической практике.

Материалы и методы. Работа выполнена на 30 нелинейных белых крысах со средней массой около 200 – 250 г в соответствии с этическими нормами обращения с животными, а также требованиями мирового сообщества «Европейская конвенция по защите позвоночных, используемых для экспериментальных и иных научных целей» (Страсбург, 1986).

Способ осуществляли следующим образом. В стерильных условиях, после обработки операционного поля под калипсоловым наркозом (20 мг/кг внутримышечно) производили доступ к поджелудочной железе (ПЖ) путем выполнения верхнесрединной лапаротомии. В ткань ПЖ, у основания селезеночной ее части инсулиновым шприцем однократной пункцией вводили 5%-й раствор тритона X-100 в дозе 0,1 мл. Рану ушивали послойно наглухо.

Из эксперимента животных выводили на 3 сутки путем передозировки средств для наркоза, выполняли патологоанатомическое исследование с определением макроскопических изменений в брюшной полости крысы и микроскопическое исследование ткани ПЖ.

Результаты. При вскрытии в свободной брюшной полости обнаружили наличие 1-2 мл мутной опалесцирующей жидкости. Висцеральная брюшина в верхнем этаже брюшной полости матовая, мутная. Ткань ПЖ у основания селезеночной ее части пастозная, рыхлая, капсула ПЖ в данном месте рыхло спаяна с большим салником, утолщена, уплотнена, отечна. Патоморфологически обнаруживается локальный очаг некроза с расплавлением ткани железы и образованием клеточного детрита. С удалением от зоны некроза картина ткани ПЖ приближается к норме: отек уменьшается, в дольках структура и тинкториальные свойства ацинусов не отличаются от обычной картины. Таким образом, морфологические изменения соответствуют очаговой деструктивной форме ОП.

Заключение. Предлагаемый способ моделирования ОП вызывает характерные изменения для очаговой деструктивной формы ОП, а, следовательно, предлагаемая модель действительно позволяет изучать патогенетические механизмы, возникающие при данной форме ОП. Однократность введения облегчает обнаружение очага деструкции, переходную зону и зону здоровой ткани. Данный факт позволит при патогенетически обоснованном применении лекарственных препаратов оценить макроскопически и подтвердить патоморфологически их влияние на динамику патологического процесса, а при отсутствии эффекта своевременно обосновать способы коррекции.

РОЛЬ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Глинник А.А., Прохоров А.В.,
Хрыщанович В.Я., Баранов Е.В.*
Минск, Беларусь

Сахарный диабет является наиболее распространенной эндокринной патологией. Открытие в 20-х годах XX века инсулина позволило сохранить жизнь миллионам людей, страдающих данной патологией. Экзогенная инсулинотерапия и в настоящее время остается основным методом лечения больных инсулинзависимым сахарным диабетом. Однако увеличение продолжительности жизни больных привело к увеличению числа пациентов, что в свою очередь, обусловило развитие у них хронических осложнений диабета, таких как ангиопатия сосудов нижних конечностей, полинейропатия, развитие у больных синдрома диабетической стопы. Развитие вышеперечисленных осложнений является основной причиной ампутаций у данной категории больных.

Цель исследования: определить роль пересадки островковых клеток в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы. В отделении гнойной хирургии 9 ГКБ г. Минска было прооперировано 3 больных с быстро прогрессирующей гангреной стоп. Больным была выполнена ксенотрансплантация культуры островковых клеток в изолированный участок большой подкожной вены. В пред- и послеоперационном периодах больным проводилась коррекция уровней гликемии, комплексная консервативная терапия.

Результаты. В послеоперационном периоде уровень гликемии составлял 8,34±1,43 ммоль/л (до операции 14,8±1,56 ммоль/л) со снижением инсулинпотребности до 25,0±6,0 ЕД (до операции – 64,0 ±18,0). В дальней-

шем колебания уровней глюкозы крови были минимальными и составляли не более 2 ммоль/л в течение суток.

Особого внимания заслуживает течение гнойно-некротических поражений стоп. Спустя 2 недели после операций у пациентов отмечалось улучшение общего состояния: ограничение распространения гангрены, образование четкой демаркационной линии, что позволяло выполнить им малую ампутацию.

Выводы: 1. Трансплантация островковых клеток является важной составляющей в комплексном лечении осложненного сахарного диабета.

2. Применение клеточных технологий при лечении гнойно-некротических осложнений диабета позволяет уменьшить объем поражения конечностей и выполнять операции с сохранением опорной функции конечности.

3. Данное сообщение является первым результатом использования клеточных технологий в комплексном лечении гнойно-некротических осложнений сахарного диабета и требует дальнейшего глубокого изучения.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО АНАЛЬНОГО ЗУДА

*Гольшко П.В., Жандаров К.Н.,
Савицкий С.Э., Пыжевский И.В.,
Мицкевич В.А., Камарец А.М., Ганчар И.И.*
Гродно, Беларусь

Актуальность проблемы. Анальный зуд- патологическое состояние, характерное упорным зудом в области заднего прохода. Он бывает первичный или идиопатический и вторичный, возникающий на фоне таких заболеваний, как геморрой, анальная трещина, глистные инвазии и др. Различают острый и хронический анальный зуд. Для острого характерно внезапное начало, местные изменения кожи по типу влажной экземы с мацерацией, следами расчесов, гипертрофией перианальных складок. При хроническом зуде, наоборот, начало медленное, кожа чаще сухая, истонченная, следов расчесов нет. Традиционное лечение не всегда приводит к желаемому результату и заболевание часто рецидивирует.

Цель исследования. Определение эффективности и преимуществ применения лазерного излучения (ЛИ) в лечении первичного анального зуда.

Материалы и методы. В проктологическом отделении УЗ «ГОКБ» с 15.02.09 по 30.04.09 проведено лечение 5 пациентов с использованием ЛИ. Женщин было 2, мужчин-3. Средний возраст от 39 до 65 лет. ЛИ проводилось отечественным лазерным медицинским аппаратом «ФОТЭК ЛК-50-2», длиной волны 1.064 мкм, мощностью 30-50 Вт. Методика заключается в воздействии лазерного излучения на нервные окончания перианальной области.

Результаты. Средний койко-день составил 3 дня. Послеоперационный период протекал гладко и не требовал сильнодействующих обезболивающих препаратов. У всех пациентов получен хороший результат, что проявилось в полном купировании симптомов анального зуда.

Заключение. Полученные данные подтверждают высокую эффективность и преимущества, в сравнении с традиционными методами, что подтверждает сокращение сроков пребывания в стационаре, сроков реабилитации и временной нетрудоспособности.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ИНФРАКРАСНОЙ ФОТОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

*Гольшко П.В., Пыжевский И.В.,
Савицкий С.Э., Жандаров К.Н.*
Гродно, Беларусь

Цель исследования: Определение эффективности и преимуществ применения инфракрасной фотокоагуляции (ИФ) в лечении неосложненного хронического геморроя.

Материалы и методы. В УОЗ «Гродненская областная клиническая больница» с 01.12.08 по 30.04.09 выполнено ИФ 23 пациентам с хроническим геморроем. Женщин было 10 (43%), мужчин-13 (57%). Средний возраст 46 лет. Среди них у 14 (60%) пациентов была диагностирована 1 стадия, у 9(40%) -2 стадия заболевания. Основными симптомами заболевания были боль и геморроидальные кровотечения. ИФ проводилась отечественным лазерным медицинским аппаратом «ФОТЭК ЛК-50-2», длиной волны 1.064 мкм, мощностью 5-50 Вт.

Результаты. Средний койко-день составил 2,2 дня. Средние сроки временной нетрудоспособности пациентов трудоспособного возраста составили 9 дней. В послеоперационном периоде не требовалось назначения наркотических анальгетиков. У 22 пациентов получен хороший результат, что проявилось в полном купировании симптомов. А одному из-за продолжающихся геморроидальных кровотечений лечение дополнено лигированием латексными кольцами.

Заключение. Данная методика удовлетворительно переносится пациентами, минимизирует болевой синдром и дискомфорт, что позволяет им вести привычный образ жизни во время лечения. Основными преимуществами ИФ являются улучшение качества лечения, сокращение сроков оперативного вмешательства и пребывания больных в стационаре, сокращение сроков реабилитации, что влечет за собой экономическую выгоду.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Горячев П.А., Савицкий С.Э.,
Гольшко П.В., Баран Е.И.*
Гродно, Беларусь

Цель исследования. Определение эффективности и преимуществ эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) в лечении варикозной болезни нижних конечностей.

Материалы и методы. В УОЗ «Гродненская областная клиническая больница» за период времени с 30.01.08 по 30.04.09 выполнено ЭВЛК 67 пациентам с варикозной трансформацией вен нижних конечностей. Средний возраст составил 39 лет. Мужчин было 21(35%), женщин 46(65%). Согласно международной классификации (CEAP) пациенты распределились следующим образом: C1-4(6%), C2-53(79%), C3-2(3%), C4-8(12%). Всем пациентам выполнялось дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Объектом ЭВЛК явились 58 БПВ (диаметр 8-12 мм), 9 МПВ (диаметр 5-10 мм), 11 перфорантных вен (диаметр 5-6 мм) и 44 притока БПВ. Пациентам с C2-C4 (CEAP) выполнена кроссэктомия. Использовали Nd:YAG лазер отечественного производства «Фо-

тек ЛК 50-2» с характеристиками: длина волны 1064 нм, мощность 5-30 Вт в периодическом режиме, БПВ на бедре 70-90 импульсов, БПВ, МПВ на голени 30-50 импульсов. Трём пациентам ЭВЛК дополнена минифлебэктомией притоков БПВ по Мюллеру. В шестидесяти случаях ЭВЛК произведена под спинальной анестезией, семерым пациентам ЭВЛК выполнена под туменесцентной анестезией.

Результаты. Контроль дуплексного сканирования после ЭВЛК осуществляли на 7 сутки, через 1 и 3 мес. До ЭВЛК средний диаметр БПВ на бедре составлял 10 мм, на голени 6 мм, на 7-е сутки после ЭВЛК 11 и 7 мм, соответственно (за счет утолщения венозной стенки), кровотоков не картировался во всех случаях. Через 1 мес. БПВ на бедре 6-7 мм, на голени 2-3 мм, через 3 мес. 3-4 мм и 1-2 мм соответственно. В послеоперационном периоде не требовалось назначения наркотических анальгетиков. Средний койко-день составил 2,5. Средние сроки временной нетрудоспособности пациентов работоспособного возраста составили 10 дней. У трех пациентов сохранялись парестезии в зоне ЭВЛК в течение 1 мес. Одному пациенту произведена в послеоперационном периоде склеротерапия притоков БПВ на голени по микропенной технологии.

Заключение. Таким образом, полученные данные подтверждают высокую эффективность и преимущество ЭВЛК в лечении пациентов с неосложненной варикозной болезнью нижних конечностей. Сроки нахождения больных в стационаре, временной нетрудоспособности значительно меньше, чем при использовании традиционных методик. Нет необходимости в назначении наркотических анальгетиков ввиду невыраженного болевого синдрома. Лучший косметический эффект, по сравнению с классическими способами хирургического лечения варикозной болезни.

ВЫСОКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ И СТРИКТУРЫ ПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ

Гришин И. Н.

Минск, Беларусь

Цель исследования. Определить рациональную хирургическую тактику лечения этой патологии.

Материал. Дан анализ 79 наблюдений (1/3 всех повреждений и стриктур желчевыводящих путей с 1973 года).

Методы исследования. ЭРХПГ, фистулография, чрескожная чреспеченочная холангиография, УЗИ, последнее время РКТ.

Результаты. С 1999 г. частота повреждений по поступлению в клинику больных с повреждениями желчевыводящей системы уменьшилась в 3-4 раза, но увеличилась относительная частота высоких повреждений (этапы 18%, 43%, 74%). У всех больных наступившее осложнение не установлено во время основной операции. Релапаротомии направлены были на спасение жизни больных. В последующем сделаны попытки коррекции, но они были неэффективными. Показаниями к повторным операциям стали желчные свищи, механическая желтуха, холангиолитиаз. Предпочтение отдается реконструктивным вмешательствам: 1) формирование площадок печеночного протока без выделения его и окружающих тканей – сохранение кровоснабжения; 2) периметр площадки должен быть не менее 3 см; 3) для создания адекватной площадки необходимым является продление

разреза на 1,5 см на левый и правый протоки (с 1973 года); 4) предпочтительнее выполнять ГЕА с отключенной по Ру тонкой кишкой. Адекватное выполнение их зависит от достаточного хирургического доступа, который обеспечивается смещением переходной печеночно-печеночнодуоденальной складки вверх при высоком её расположении, или резекцией VII и VIII сегментов печени при низком расположении. Последнее обеспечивается кратковременной остановкой кровоснабжения печени и порционным рассечением ткани печени. Целесообразным является возвращение крови во время операции аппаратом «Фрезениусом». Идентификация печеночных протоков проводилась лазерным лучом с бескровным рассечением передней стенки их средней или короткой волной созданного нами лазерного аппарата МУЛ-1 (И. Гришин, А. Лобаневский). При выполнении всех данных требований не требуется наружного дренирования протоков. Хорошие результаты отмечены в 90% случаев. Исходы восстановительных операций всегда сомнительны и дают неблагоприятные результаты в 92% и более случаях из-за малого диаметра протоков. И, тем не менее, до сих пор не решены возможные границы реконструктивных операций. Коррекция высоких повреждений печеночных протоков является промежуточным звеном между трансплантацией печени и реконструкцией дистальных отделов желчевыводящей системы (внутрипеченочные стриктуры, гепатохолангиолитиаз и др.).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕОПУХОЛЕВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Груша В. В.

Минск, Беларусь

Цель исследования. Провести сравнительную оценку одно- и двухэтапного лечения пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза и высокой степенью операционного риска.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 117 пациентов с высокой степенью операционного риска. Во всех случаях причинами механической желтухи были неопухольевые заболевания гепатикохоледа. Высокий операционный риск был обусловлен возрастом больных (в среднем $68,7 \pm 10,4$ лет), наличием сопутствующей патологии, длительностью желтухи и классом по шкале ASA (101 пациент, что составило 86,3%, имели III-V классы).

1-ю клиническую группу составили 69 пациентов, которым была выполнена традиционная открытая операция на высоте желтухи, 2-ю – 48 пациентов, которым выполнялась предоперационная декомпрессия билиарного тракта методами эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) или чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков (ЧЧДЖП) под контролем ультразвука.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0.

Результаты. В 1-й клинической группе отмечался наиболее высокий процент послеоперационных осложнений (26,1%), причём, у 2 пациентов потребовалось выполнение релапаротомии по поводу внутрибрюшных кровотечений. В данной группе было 4 (5,8%) летальных исхода. Средний возраст умерших составил $77,3 \pm 11,4$ года (min 67, max 89). Все больные имели со-

путствующую патологию со стороны двух и более систем.

Из малоинвазивных вмешательств перед операцией отдавали предпочтение ЭПСТ. При наличии противопоказаний, неэффективности или невозможности выполнить эндоскопическое рассечение Фатерова соска по техническим причинам операцией выбора для предоперационной декомпрессии билиарного тракта считаем ЧЧДЖП, выполняемое под ультразвуковым контролем.

Несмотря на то, что у пациентов во 2-й клинической группе при поступлении в стационар наблюдались статистически значимо более высокие цифры общего билирубина ($p < 0,05$), по сравнению с группой больных, которым проводилось традиционное хирургическое лечение на высоте механической желтухи, в данной группе наблюдалось достоверное снижение количества послеоперационных осложнений до 8,3% (критерий χ^2 с поправкой Yates, $p = 0,03$). Причём, все осложнения не требовали выполнения релапаротомии. Также наблюдалась тенденция к снижению послеоперационной летальности до 4,2%.

Вывод. Наши наблюдения дают основание полагать, что внедрение в практику малоинвазивных технологий является одним из важных направлений в снижении летальности при механической желтухе неопухолового генеза у пациентов с высокой степенью операционного риска.

ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ

*Денисенко В.Л., Сушков С.А.,
Хмельников В.Я., Смирнов В.К.,
Сильченко А.Б.*
Витебск, Беларусь

Геморрой в структуре проктологических болезней занимает ведущее место. Последним страдает более 10% взрослого населения планеты, а удельный вес от общего числа колопроктологических заболеваний, по мнению разных авторов, составляет от 34% до 41%. Это заболевание приводит к длительной нетрудоспособности, а также снижает качество жизни.

Цель исследования. Оценить возможность применения лигирования геморроидальной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии.

Материалы и методы. В исследование включено 12 пациентов в возрасте от 28 до 75 лет. Вторая стадия геморроя выявлена у 2 пациентов, третья стадия – у 8, четвертая – у 2. В клинике проведены следующие оперативные вмешательства: 4 пациентам – дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем УЗИ; 2 пациентам – шовное лигирование, подслизистый лифтинг и мукопексия с иссечением анальной трещины; 6 пациентам – шовное лигирование, подслизистый лифтинг и мукопексия. Для лечения пациентов с хроническим геморроем использовали аппарат фирмы «АМБ» (Австрия), регистрационный номер № ИМ – 7.95.139. Перед операцией подготовка толстой кишки проводилась препаратом «Фортранс». Операция выполнялась в стандартном положении под спинальной анестезией. Вводился аноскоп с смонтированным в него ультразвуковым датчиком и производилась диагностическая доплерометрия, при которой диагностировались шесть постоянных артерий, расположенных на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 часах

по условному циферблату, а также в 3 случаях пульсация определялась 8 и 10 часах. Восемьюобразными швами через лигатурное окно аноскопа изолированно прошивали и лигировали артерии на 11 и 1 часах атравматической нитью. Далее прошивали и лигировали артерии на 7, 8, 9, 10 и 3,5 часах. При выпадении слизистой проводили лифтинг и мукопексию. В 2 случаях по стандартной методике выполнили иссечение анальной трещины.

Результаты исследования. В результате лечения пациентов с хроническим геморроем диагностировались шесть постоянных артерий, расположенных на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 часах по условному циферблату, а также в 3 случаях пульсация определялась 8 и 10 часах. Прошивание и лигирование артерий на 11 и 1 часах представляло технические сложности. После операции в течение 6 часов больные вставали. На 2 сутки при осмотре пациентов геморроидальные узлы находились в спавшемся состоянии. Для размягчения каловых масс и предотвращения сильной потуги при дефекации использовали вазелиновое масло по 15 грамм 3 раза в день. Стул был на 3 сутки. Стационарное лечение длилось до 3 суток. Больные осматривались в раннем послеоперационном периоде на 2-3 сутки и в сроки 1, 6, 12, 16 месяцев. Рецидивов не выявлено.

Выводы. Первый опыт свидетельствует о том, что операция является малоинвазивной, легко переносится больными, а также позволяет сократить пребывание больных в стационаре. Данный вид оперативного вмешательства может быть применен и в других хирургических клиниках.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Деркачев В.С., Талако Е.Л.
Минск, Беларусь

Независимо от причины, которая лежит в основе развития дегенеративных изменений в крупных суставах, одно из ведущих мест занимает патология тазобедренного сустава.

Целью нашей работы является улучшение результатов лечения больных с дегенеративно-дистрофическими изменениями в тазобедренном суставе.

Материалы и методы. Учитывая не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы реабилитации больных с патологией крупных суставов, на базе отделения травматологии УЗ «11 ГКБ» г.Минска создано единственное в республике отделение, которое занимается медицинской реабилитацией больных, перенесших оперативное вмешательство на крупных суставах (эндопротезирование тазобедренных, коленных суставов). Особенностью данного отделения является возможность проведения полного и, что очень важно, непрерывного цикла реабилитации. Медицинскую реабилитацию проходят также больные, оперированные в РНПЦ «Травматология и ортопедия» и 6 ГКБ.

При поступлении больного составляется индивидуальная программа, в которой отражены все методы реабилитации. Если же больному в перспективе предполагается оперативное вмешательство, то в программе указывается и этот этап. Проводится начальный, нулевой период лечебно-реабилитационных мероприятий. Целью данного периода является подготовка больного к пред-

стоящему оперативному вмешательству (эндопротезированию). В последующем проводятся мероприятия раннего восстановительного периода и планируется поздний. В программе обязательно учитывается реабилитационный потенциал по критерию способности восстановить утраченную функцию.

В отделении за период 2007-2008 годы прооперировано при коксартрозе 42 сустава. Прошли реабилитацию 74 больных после операции на тазобедренном и 19 – на коленном суставах. Это были больные, оперированные в других лечебных учреждениях. Несмотря на возможные осложнения, которые могут возникнуть не из-за операции, а в процессе реабилитации, за истекший период таковых не отмечалось.

Выводы. Хирургическое лечение больных с коксартрозом является одной из основных составляющих медицинской реабилитации.

Полнота и непрерывность – основные принципы реабилитационных мероприятий у больных с дегенеративно-дистрофическим поражением крупных суставов.

ВЛИЯНИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО И ДУОДЕНАЛЬНОГО СОКОВ НА КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВЯНОГО СГУСТКА

Довнар И. С.

Гродно, Беларусь

Полиэтиологичность гастродуоденальных кровотечений обуславливают сложность патогенеза. Под воздействием различных ulcerогенных факторов и при недостаточности протективных свойств слизистой оболочки образуется её дефект в желудке или двенадцатиперстной кишке с вовлечением сосудов подслизистого слоя. В большинстве случаев кровотечение удается остановить консервативно и в области дефекта слизистой образуется сгусток крови.

Известно, что пищеварительные соки понижают свертываемость крови из-за содержания антикоагуляционных факторов. Но что приводит к лизису уже сформированного сгустка – агрессивная внешняя среда или изначально образуется неполноценный сгусток – неизвестно.

Цель исследования состояла в изучении качественных показателей кровяного сгустка, образуемого при контакте с пищеварительными соками.

Материал и методы. Объектом исследования являлась цитратная кровь. Для экспериментов применяли желудочный и дуоденальный сок, полученный у пациентов при помощи зонда методом аспирации. *In vitro* исследовались фибринолитическая активность пищеварительных соков и количественная оценка гемостатических свойств образуемого кровяного сгустка. Изучены показатели: ретракция, объем, плотность и индекс структуры образуемого сгустка.

Результаты и обсуждение. Установлено, что фибринолиз под влиянием желудочного сока низкой кислотности (40 ед.) не отличался от величины контроля. Контакт с соком общей кислотностью 110 ед. приводит к увеличению фибринолиза на 5,8%, но более выраженным действием обладает дуоденальный сок, который увеличивал фибринолиз на 16,2% ($p < 0,01$). Желудочный сок вызывал уменьшение ретракции сгустка, при этом, чем больше кислотность желудочного сока, тем больше уменьшалась данная величина. Дуоденальный сок дос-

товерных различий на ретракцию не оказывал. Под влиянием желудочного сока образуется сгусток большего объема, чем в контроле. Объем сгустка при контакте с дуоденальным соком был меньше контрольного на 28,4% ($p < 0,01$).

Показателем общей гемостатической полноценности кровяного сгустка является плотность и индекс структуры, по которому оценивается соотношение объема и распределения в нем форменных элементов. Сгусток, образуемый под влиянием желудочного сока, отличался меньшей плотностью, по сравнению с контролем, а плотность сгустка, образуемого при контакте с дуоденальным соком, не имела достоверных различий. Анализ показателей индекса структуры сгустка показал, что существенное влияние на изменение этой величины оказывает желудочный сок. При воздействии желудочного сока общей кислотностью 40 ед. эта величина уменьшилась на 35,2%, а при контакте с соком кислотностью 110 ед. снизилась на 37,9%. Дуоденальный сок существенного влияния на изменение индекса не оказал.

Выводы. Исследования показали, что фибринолитическое действие дуоденального сока более активно, чем желудочного. При контакте с желудочным соком, особенно высокой кислотности, образуется неполноценный рыхлый сгусток, который необходимо рассматривать только как ткань, временно замещающую дефект. Результаты исследования подтверждают необходимость назначения при желудочно-кишечных кровотечениях препаратов, угнетающих желудочную кислотность. Риск рецидива кровотечения наиболее высок при язвах двенадцатиперстной кишки или антрального отдела желудка при наличии дуодено-гастрального рефлюкса.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА У БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Дорох Н.Н., Гайн Ю.М., Богдан В.Г.

Минск, Беларусь

Цель исследования. Разработать способ предоперационной подготовки больных морбидным ожирением перед выполнением бариатрических вмешательств.

Материалы и методы. Традиционно в бариатрической хирургии в качестве предоперационной подготовки у больных с морбидным ожирением используют метод лечебного голодания, проводимого накануне операции. Курс контролируемого голодания у таких больных позволяет улучшить показатели работы системы кровообращения и дыхания, избежать применения большого количества лекарственных препаратов, повысить адаптационные возможности организма, что проявляется более благоприятным течением послеоперационного периода со снижением числа осложнений. Вместе с тем, именно полный отказ от пищи является ведущей причиной развития как ацидотического криза, так и других патофизиологических нарушений в организме больного, которые могут стать одной из причин развития послеоперационных раневых и системных осложнений. Для устранения указанных недостатков предложена система алиментарной подготовки больных морбидным ожирением к хирургическому вмешательству, предусматривающая ведение в течение 1 месяца до операции дневника питания, в котором регистрируется ежедневное число приемов пищи с качественной и количественной характеристикой продуктов питания, съеденных за один при-

ем, в сочетании с исключением в диете высококалорийных рафинированных продуктов (рационализаторское предложение № 1592 от 29.09.2008 г., выданное БГМУ).

Результаты. Опыт применения метода у 37 больных с морбидным ожирением, оперированных в центре герниологии и бариатрической хирургии г. Минска, позволяет говорить о высоком практическом эффекте его использования. Ведение дневника питания само по себе является психологическим стимулом к снижению количества съедаемой пищи, что в сочетании с исключением в диете высококалорийных продуктов позволяет снизить массу тела пациента, улучшить функциональное состояние сердечной и дыхательной систем без риска развития патологических метаболических сдвигов в организме. Кроме того, анализом данных, указанных в дневнике питания, определяется тип пищевого поведения, на основании которого вырабатываются рекомендации по послеоперационному ведению пациента. При его использовании в клинической практике послеоперационных осложнений отмечено не было.

Выводы. Предложенный способ является простым и эффективным вариантом предоперационной подготовки у больных с морбидным ожирением при выполнении бариатрических операций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ СОЧЕТАНОЙ ТРАВМЕ

Дудинский Р.П., Кориж В.Е.

Минск, Беларусь

Смертность в результате травм занимает третье место среди всех причин летальных исходов. У пострадавших в возрасте до 40 лет эта причина выходит на первое место. Если считать смертность от травм по годам недолгой жизни (как это делают в большинстве стран по рекомендации ВОЗ), то она превышает смертность от сердечно-сосудистых, онкологических и инфекционных болезней, вместе взятых. Целью исследования явилось изучение гистологической картины повреждений внутренних органов при сочетанной травме у пострадавших, погибших на месте происшествия. Нами был проведен анализ 187 протоколов вскрытий судебно-медицинской экспертизы пострадавших, погибших на догоспитальном этапе в результате сочетанной травмы. Различий в гистологической картине внутренних органов погибших при ДТП и падении с высоты не было. В головном и спинном мозге были выявлены субарахноидальные кровоизлияния, кровоизлияния под оболочки мозга, кровоизлияния в вещество мозга. Травма груди сопровождалась кровоизлияниями в респираторные отделы легких, дистелектазами, бронхоспазмами, острой эмфиземой, разрывами ткани легких. В сердце были выявлены контрактурные повреждения кардиомиоцитов, кровоизлияния в миокард и под оболочки сердца, паренхиматозная дистрофия сердца, разрывы миокарда. В брыжейке кишечника определялись кровоизлияния различных размеров и спазм сосудов кишечника. Гистологическая картина травмы печени состояла из очагов повреждения паренхимы органа, шоковых клеток в печени различного распространения, кровоизлияний в ткань печени и паренхиматозной белковой дистрофии различной степени тяжести. В поджелудочной железе были выявлены кровоизлияния в паренхиму, в селезенке – разрывы ткани и кровоизлияния. Гистологическая картина травмы почек

была представлена повреждением ткани органа, шунтированием кровотока различной степени распространенности, кровоизлияниями в ткань почек и паранефрий, паренхиматозной белковой дистрофией различной степени тяжести. В сосудистом русле определялись нарушения реологических свойств крови, картина острой кровопотери и нарушения кровообращения, венозное полнокровие внутренних органов. В отличие от двух вышеприведенных причин травмы, при криминальной травме в головном мозге определяются только субарахноидальные кровоизлияния и отек головного мозга. В легких отсутствовали разрывы легочной ткани. Также отсутствовали разрывы миокарда. В печени не было выявлено признаков шунтирования кровотока. Таким образом, морфологические изменения внутренних органов у погибших на догоспитальном этапе в результате тяжелой сочетанной травмы представляют собой повреждение органов, различной степени внутри – и параранальные кровоизлияния и картину «шоковых органов».

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Дундаров Э.А., Величко А.В., Адамович Д.М., Лян В.В.

Гомель, Беларусь

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) является самым частым и опасным для жизни больного осложнением портальной гипертензии (ПГ) и развивается у 80% пациентов.

Цель исследования: изучение результатов хирургической профилактики кровотечений при ПГ.

Материалы и методы. За период 2005-2008 гг. нами в плановом и экстренном порядке прооперировано 35 пациентов с циррозом печени и ВРВПЖ. К функциональному классу «А» по Child-Pugh были отнесены 7 больных, к классу «В» – 18, к классу «С» – 8. Мужчин было – 21, женщин – 12. Возраст больных 2,4 года. Показаниями к операции были: 1) ±составлял в среднем 51,3 наличие ВРВПЖ II-III степени по классификации А.Г. Шерцингер (1986) с кровотечениями в анамнезе (14 больных); 2) сочетание эрозивного рефлюкс-эзофагита с ВРВПЖ II-III степени без предшествующих кровотечений (6 больных); 3) ВРВПЖ III степени с наличием эндоскопических «красных сигналов» (11 больных); 4) продолжающееся кровотечение из ВРВПЖ (4 больных). Оперативное вмешательство включало полную наружную деваскуляризацию абдоминального отдела пищевода до наддиафрагмального уровня, проксимальных отделов дна и тела желудка с выполнением расширенной селективной проксимальной ваготомии, спленэктомии, транссекцию пищевода аппаратным или ручным способом, фундопликацию по Черноусову.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде умерло 2 (6%) больных от нарастающей печеночно-клеточной недостаточности. Эндоскопически изучена динамика степени ВРВ. До операции ВРВПЖ II степени отмечено у 13 (39,4%) больных, III степени – у 20 (60,6%). После операции ВРВ III ст. не было ни у одного больного, II ст. – у 6 (19,4%), I ст. – у 17 (54,8%) и отсутствие ВРВПЖ у 8 (25,8%) больных. Эпителизация эрозий пищевода отмечена у всех пациентов. У всех 6 больных с остаточным ВРВПЖ II степени после операции дополнительно проведены сеансы склеротерапии.

Прослежены результаты операций в отдельном периоде в сроки до 3-х лет. Рецидивы кровотечения из ВРВПЖ отмечены у 2 (6%) больных, которые не носили массивного характера и были излечены консервативными мероприятиями. Операции азигопортального разобщения при ПГ патогенетически обоснованы с той точки зрения, что наличие ВРВПЖ при этой патологии обусловлено наличием анатомических связей воротной вены с венами пищевода и желудка. Отсутствию рецидивов кровотечений способствуют уменьшение степени варикозного расширения вен сразу после операции со стабильным сохранением этого эффекта; нормальная слизистая оболочка пищевода без признаков рефлюкс-эзофагита и отсутствие гастроэзофагального рефлюкса; снижение кислотности желудочного сока.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Дундаров Э.А., Величко А.В., Красюк О.Н.
Гомель, Беларусь

Злокачественные опухоли проксимальных желчных протоков (ПЖП) – опухоли Клатскина – являются одной и наиболее сложных проблем билиарной хирургии. В настоящее время отмечается устойчивая тенденция к росту заболеваемости и выявляемости. Без лечения большинство таких больных умирает в течение 2-4 мес. после появления желтухи. Резекционное хирургическое лечение рака проксимальных желчных протоков является единственным радикальным методом.

Цель исследования. Изучение результатов хирургического лечения рака ПЖП.

Материалы и методы. Анализ подвергнуты результаты хирургического лечения 24 больных опухолью Клатскина за период 2004-2009 гг. Мужчин было 18, женщин 6. Возраст пациентов варьировал от 38 до 72 лет. Дооперационная диагностика, помимо клинических и лабораторных данных, включала полипозиционное УЗИ, компьютерную томографию, ретроградную и чрескожную чреспеченочную холангиографию.

Результаты. В 5 случаях из-за распространенности процесса выполнены паллиативные операции – реканализация опухоли с внутренним стентированием. В 19 случаях выполнены резекционные хирургические вмешательства. В 12 случаях при опухолях I и II типа по Bismuth-Corlett выполнены резекции печеночных протоков с би- или тригепатоеюностомией по Ру с дренированием долевых протоков по Фелькеру. В 5 случаях при опухолях II и III типа по Bismuth-Corlett выполнена резекция протоков вместе с экономной резекцией печени по типу «резекция Тадж-Махал». Количество гепатоеюностомий после резекции печени колебалось от 3 до 5. Эта операция была предложена Y.Kawarada и V.Chandra (2000 г.) и включает в себя резекцию IVa и V сегментов печени вместе с внепеченочными желчными протоками. Летальных исходов среди этих больных не было. В 2 случаях выполнена правосторонняя гемигепатэктомия. В послеоперационном периоде умер один больной. Продолжительность жизни после паллиативных операций (стентирование) колебалась от 6 до 11 месяцев. После резекционных оперативных вмешательств отдаленные результаты прослежены у 15 больных: умерло 6 в сроки от 18 до 26 месяцев. Остальные больные живы.

Обсуждение. При опухоли Клатскина основной ра-

дикальной операцией считается гемигепатэктомия с резекцией печеночных протоков ворот печени, лимфодиссекция региональных лимфоузлов и, при наличии данных за поражение, резекцией I сегмента печени. Вместе с тем, высокая частота послеоперационных осложнений и смертность ограничивают широкое распространение таких операций. Экономные резекции печени по типу «резекция Тадж- Махал» могут существенно повысить резектабельность опухолей проксимальных желчных протоков и снизить число послеоперационных осложнений. Больным с раком проксимальных желчных протоков, не имеющих явных противопоказаний к радикальной операции, необходимо выполнять оперативное вмешательство, так как только интраоперационная ревизия позволяет точно выявить случаи, когда может быть выполнена радикальная, условно-радикальная или паллиативная операция.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ И ЭКОНОМНЫЕ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*Жандаров К.Н., Савицкий С.Э.,
Безмен И.А., Ушкевич А.Л., Кухта А.В.,
Карлович В.Е., Михович Т.И.*

Гродно, Беларусь

В клинике хирургических болезней за период 2006-2008 гг. у 52 больных выполнено 58 органосохраняющих операций на поджелудочной железе при хроническом рецидивирующем панкреатите с поражением протоковой системы железы. При этом все панкреатокишечные анастомозы накладывались с отключенной по Ру петлей тощей кишки.

Для лучшего доступа к головчатой части главного панкреатического протока при вируснолитотомии и улучшения дренажной функции протока в последующем через панкреатоеюноанастомоз при явлениях головчатого панкреатита выполнена клиновидная резекция головки ПЖ в комплексе с продольной панкреатоеюностомией и панкреатоцистовирсунгоеюностомией (10). При явлениях отека с тотальным увеличением стромы поджелудочной железы клиновидную резекцию продолжали с головки продольно по краям рассеченного панкреатического протока на всю его длину, для улучшения его дренажной функции в последующем через анастомоз (2).

При атрофических явлениях с локализацией кисты в хвосте ПЖ и подозрении на малигнизацию, выполнены дистальная резекция ПЖ (5) и дистальная гемипанкреатэктомия (2) с наложением проксимального продольного панкреатоеюноанастомоза (4). При псевдотуморозном процессе в головке ПЖ, склерозировании или кальцинозе выполнены клиновидная резекция головки с продольной панкреатоеюностомией (5) и интрапаренхиматозная субтотальная резекция головки поджелудочной железы (8). При этом при наличии расширения главного панкреатического протока наложен продольный панкреатоеюноанастомоз (3), а при отсутствии признаков панкреатической гипертензии – изолированный панкреатоеюноанастомоз с головкой поджелудочной железы (2).

При сочетании кист ПЖ, расположенных по задней и задне-боковым поверхностям поджелудочной железы в головке или теле ПЖ, с расширенным главным панкреатическим протоком, выполнили панкреатоцистовирсунгоеюностомию на изолированной по Ру петле тощей

кишки по разработанной в клинике методике (20) У больных с расширением главного панкреатического протока, атрофией и склерозом всей ПЖ, выполнена продольная панкреатоэнтероанастомия с изолированной по Ру петлей тощей кишки (8), при наличии вирусного холангита проходила вирсунголитомия (6). При обследовании 42 больных в сроки 0,5-2 года с оценкой по шкале Visik отличные и хорошие результаты выявлены у 89% оперированных больных, удовлетворительные – у 9% и неудовлетворительные – у 2%.

Когда имели место явления атрофии ПЖ, полное отсутствие стромы железы с прерыванием проходимости главного панкреатического протока на ограниченном участке тела ПЖ выполняли срединную резекцию поджелудочной железы с наложением дистального панкреатоэнтероанастомоза (3).

Таким образом, принимая во внимание результаты хирургического лечения хронического панкреатита с расширением главного панкреатического протока, нужно отметить, что наиболее адекватным оперативным вмешательством в настоящее время при наличии данной патологии является продольная панкреатоэнтероанастомия по Ру в комбинации с экономными резекциями различных отделов поджелудочной железы, которые должны выполняться по строгим показаниям, индивидуально для каждого больного.

СКРЫТЫЙ САМОУДАЛЯЮЩИЙСЯ ДРЕНАЖ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Жандаров К.Н., Белюк К.С., Русин И.В., Кулага А.В., Михович Т.И.

Гродно, Беларусь

Целью настоящего сообщения является показать возможность дренирования общего желчного протока скрытым самоудаляющимся дренажем (ССУД), разработанном в клинике, для ликвидации билиарной гипертензии, возникающей в раннем послеоперационном периоде при оперативных вмешательствах на желчных путях.

В работе представлены результаты лечения 14 больных с осложнениями желчнокаменной болезни, которые были прооперированы в 2006-2009 годах. Всем больным проведено одноэтапное лечение, включающее в себя холецистэктомию, холедохолитотомию или холедохотомию, фиброхоледохоскопию, антеградную или трансдуоденальную папиллосфинктеротомию с ушиванием холедохотомического отверстия «глухим» прецизионным швом общего желчного протока (ОЖП).

У 8 пациентов «глухой» прецизионный шов ОЖП был наложен без дренирования желчевыводящих путей. В этой группе пациентов отмечались осложнения в виде подтекания желчи по страховочному дренажу (у 4 больных) и самостоятельно прекратилось в течение 1-3 суток.

Учитывая наличие в послеоперационном периоде билиарной гипертензии и подтекания желчи по страховочному дренажу, у 6 больных «глухой» прецизионный шов ОЖП был выполнен с дренированием последнего ССУД, разработанным в клинике. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено.

ССУД представляет собой однопросветную полихлорвиниловую трубочку длиной около 6 см, наружным диаметром 0,3-0,4см с двумя заусеницами в виде елоч-

ки. Угол дренажа, отступя 0,4см от проксимального конца, прошит кетгутом 3/0, для последующей фиксации за слизистую ОЖП. Через холедохотомическое отверстие изготовленный дренаж вводится в ОЖП и через рассеченный большой дуоденальный сосочек (БДС) в просвет двенадцатиперстной кишки таким образом, чтобы две заусеницы в виде «елочки» препятствовали его обратному движению. Проксимальный конец фиксируется кетгутом 3/0 к слизистой оболочке ОЖП. После рассасывания кетгута, на 6-7 день, дренаж самостоятельно отходит в просвет двенадцатиперстной кишки и не требует специального извлечения, что подтверждено контрольной ФГДС.

Таким образом, предлагаемый дренаж действительно обеспечивает возможность адекватного внутреннего дренирования желчных протоков, что ликвидирует гипертензию протоковой системы в раннем послеоперационном периоде после папиллосфинктеротомии. Использование ССУД позволяет более широко применять «глухой» прецизионный шов ОЖП, как метод окончания операций с использованием различных видов папиллосфинктеротомий и позволит сократить количество осложнений, устранить отрицательные «моменты» наружного дренирования, уменьшить травматичность и сроки лечения пациентов.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

Жандаров К.Н., Ушкевич А.Л.,

Прокопчик Н.И., Белюк К.С., Михович Т.И.

Гродно, Беларусь

Цель исследования. Создать в эксперименте на животных модель острого гнойно-некротического парапанкреатита, которая наиболее полно отражает процессы, происходящие у больных с данной патологией в клинических условиях.

Материалы и методы. В эксперименте в качестве лабораторных животных использовались кролики обеих полов, массой 3,1±0,2 кг. Разработанный нами способ моделирования гнойно-некротического парапанкреатита осуществлялся следующим образом. Под внутривенным наркозом после асептической обработки операционного поля производили послойное вскрытие брюшной полости косым доступом в правом подреберье. Мобилизовали дистальную часть поджелудочной железы на протяжении 4-5 см. В дистальной части в поперечном направлении на протяжении 3см проводили раздавливание паренхимы железы зажимом 3 раза в разных местах. В травмированную паренхиму железы вводили 1 мл микробной взвеси, при микробиологическом исследовании которой получали протей 10⁴⁻⁵ или кишечную палочку 10⁵ в одном миллилитре (гнойное отделяемое из дренажей, стоящих в парапанкреатическом пространстве, взятое накануне моделирования у больных с острым деструктивным панкреатитом, парапанкреатитом). Двенадцатиперстную кишку отводили медиально. Рассекали париетальную брюшину в области верхнего полюса правой почки, тупо формировали карман размером 4-3 см x 1,5-2,5 см в забрюшинной клетчатке. Дистальную часть поджелудочной железы протяженностью 4см с травмированным участком и введенной микробной взвесью помещали в сформированный карман в забрюшинной клетчатке. Париетальную брюшину над уча-

стком железы, помещённой в клетчатку забрюшинного пространства, сопоставляли путем ушивания. Брюшную полость послойно ушивали.

Таким образом, травмированная и инфицированная часть поджелудочной железы располагалась забрюшинно, как у человека; в ней непременно происходило развитие острого гнойного панкреатита с распространением процесса на клетчатку забрюшинного пространства и развитием парапанкреатита.

Результаты. Моделирование парапанкреатита проведено у 30 животных. У всех развился острый гнойно-некротический парапанкреатит. Доказательством служат общий и биохимический анализы крови, в которых с первых суток моделирования отмечалось нарастание лейкоцитоза со сдвигом формулы влево, увеличение амилазы, щелочной фосфатазы. Данные гистологического и микробиологического исследований также свидетельствуют о развитии гнойно-деструктивных процессов в забрюшинной клетчатке.

Заключение. Разработанная модель острого парапанкреатита наиболее полно соответствует таковой в клинических условиях и даёт возможность экспериментальным путем обосновать различные варианты терапии острого парапанкреатита, разработать новые методы в лечении и коррекции данной патологии.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Жидков С.А., Федюков А.С., Кориц В.Е., Дударев Д.В.

Минск, Беларусь

На сегодняшний день результаты лечения деструктивного панкреатита остаются самыми неутошительными из всей ургентной абдоминальной патологии, что требует новых подходов к решению данной проблемы. В клинике за 2008 год пролечено 459 больных с острым панкреатитом в возрасте от 17 до 85 лет. Из них у 140 (30,5%) выявлена деструктивная форма заболевания. Для диагностики степени поражения поджелудочной железы применяли ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерную томографию (КТ). Выделяли три степени воспаления: отечную, очаговый некроз, тотально-субтотальный некроз. Исходя из этого, проводя консервативное лечение, подбирали дозы антисекреторных препаратов (октреатид, квамател), а также антибактериальную терапию. Так при тотально-субтотальном некрозе применяли карбопены. Оперативное лечение проведено 34 пациентам (24,3%). При обнаружении жидкостных образований в брюшной полости производили экстренную видеолапароскопию, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки – 21 случай (61,7% от всех оперативных вмешательств). В случае необходимости производили релапароскопию. В 9 случаях (6,4%) производили дренирование жидкостных образований с КТ-контролем. Открытые операции по поводу гнойных осложнений производили не ранее конца 2-й начала 3-й недели от начала заболевания. Следует отметить, что в 7 случаях (33,3%) после проведения лапароскопических вмешательств потребовались традиционные оперативные вмешательства. Из последних предпочтение отдавали вскрытию гнойников и некрэквекстрэктомиям путем люмботомии. Все традиционные открытые операции заканчивались формированием оментобурсомбосто-

мы. В дальнейшем через них производились от 2 до 12 некрэквекстрэктомий под наркозом. Из 140 пациентов с деструктивной формой панкреатита умерло 14 (10%), из 43 оперированных – 12 (27,9%). Основная причина смерти – развитие полиорганной недостаточности на фоне панкреатогенного сепсиса.

Таким образом, применение дифференцированного подхода к лечению деструктивного панкреатита с применением современных малоинвазивных методик позволяет достигнуть приемлемых результатов лечения.

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ

Жидков С.А., Попченко А.Л., Федоренко С.В., Петрова Н.Г.

Минск, Беларусь

Частота рецидивов варикозной болезни (ВБ) после традиционной комбинированной флебэктомии, по данным различных авторов достигает 50%.

Цель исследования. Определить сроки возникновения и причины рецидива ВБ у больных, перенесших стандартную операцию комбинированной флебэктомии, без дооперационного ультразвукового обследования вен нижних конечностей.

Материал и методы. Обследовано 58 пациентов с четко выраженной клинической картиной рецидива (стволовой и ретикулярный варикоз, трофические нарушения). Женщин было 40, мужчин – 18. Более половины обследованных составили пациенты моложе 40 лет. Характер нарушений венозной гемодинамики уточняли с помощью дуплексного ангиосканирования и/или восходящей флебографии.

Результаты. Более чем у 50 % больных рецидив болезни наступил в течение первых 2-х лет после произведенного оперативного вмешательства. При этом установлено, что наибольшее число наблюдений составили случаи рецидива ВБ, обусловленные несостоятельностью перфорантных вен. Неудаленные (частично либо полностью) при первой операции добавочные или основные стволы большой подкожной и малой подкожной вен – вторая причина возобновления варикозной болезни. Третья по частоте причина рецидива – оставление длинной культи БПВ с неперевязанными притоками и добавочными стволами. У 5 больных выявлены несостоятельность остиального клапана малой подкожной вены и сброс крови на переднемедиальную поверхность голени. У одного больного рецидив ВБ обусловлен интраоперационным осложнением флебэктомии – лигированием поверхностной бедренной вены во время выделения сафено-фemorального соустья. Патология глубоких вен, в частности, несостоятельность клапанов глубокой вены бедра, подколенной, задней большеберцовой вен, как причина рецидива, выявлена у 4 больных. В одном наблюдении диагностирована кавернозная гемангиома. Сочетание нескольких этиологических факторов, способствовавших развитию рецидива, установлено у 5 больных.

Заключение. Дуплексное сканирование позволяет установить причины рецидива варикозной болезни в большинстве наблюдений. В случаях сложной анатомии или ятрогенных повреждений вен показана флебография.

МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА И ДНА ЖЕЛУДКА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Жура А.В.

Минск, Беларусь

Кровотечения из желудочных вариксов характеризуются обильной кровопотерей, потребностью в массивных гемотрансфузиях, склонностью к частому рецидивированию, неэффективностью зонда Блекмора и эндоскопической терапии. Консервативная терапия не оправдывает себя как метод лечения таких больных в связи с высокой летальностью при стационарном лечении, развитием повторных кровотечений уже в стационаре у около трети больных и у 50-70% пациентов в течение первого года. Летальность при этом достигает 50-80%.

Материалы и методы. С целью предупреждения возникновения повторных кровотечений на кафедре хирургии БелМАПО на базе Минской областной клинической больницы предпринят с 2005 года внедрен способ хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен кардиального отдела и дна желудка при портальной гипертензии – частичная эзофагогастрэктомия. В ходе операции производится удаление абдоминального отдела пищевода, кардиального отдела и дна желудка, которые являются источником кровотечения. Происходит разъединение портальной и кавальной венозных систем. Для операции характерно сохранение печеночного портального кровотока, что является профилактической мерой развития и усугубления печеночной недостаточности; снижение сброса неметаболизированной крови в кавальную систему, минуя печень и, как следствие, отсутствие случаев возникновения печеночной энцефалопатии в послеоперационном периоде. При выраженной спленомегалии и явлениях гиперспленизма операцию дополняют спленэктомией. Показанием к оперативному лечению являются рецидивирующие кровотечения из варикозно расширенных вен кардиального отдела и дна желудка при портальной гипертензии (за исключением левосторонней портальной гипертензии вследствие тромбоза селезеночной вены) в «холодном» периоде при отсутствии выраженных нарушений функции печени. За период времени с 2005 по 2009 гг. пролечено 69 больных с кровотечением из ВРВПиЖ. Пищеводный варикоз обнаружен у 48 пациентов (69,6%), сочетание пищевода варикоза с желудочным – у 20 больных (29,0%), изолированный желудочный варикоз – у 1 пациента (1,4%).

Результаты. С 2005 выполнено 17 частичных эзофагогастрэктомий. Послеоперационная летальность составила 11,7%. Результатом лечения явилось то, что у 13 из 17 пациентов произошло уменьшение степени варикоза, повторное кровотечение в стационаре не возникло ни у одного больного. В отдаленном периоде в сроки наблюдения до 4 лет рецидив кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода отмечен у одной больной через 2 года после операции, в этом случае проведено консервативное ведение. Таким образом, своевременное и адекватное оперативное пособие данному контингенту больных позволяет значительно снизить частоту повторных кровотечений и уменьшить общую летальность.

БАЛЛОННАЯ ТАМПОНАДА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Жура А.В.

Минск, Беларусь

За период времени с 1995 по 2009 гг. в Минской областной клинической больнице пролечено 135 больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) при портальной гипертензии. При поступлении продолжающееся кровотечение выявлено у 23 пациентов (17%), самостоятельно остановившееся у 112 больных (83%). Повторное кровотечение в стационаре развилось у 47 больных (35%). Из них у 35 больных отмечены ранние рецидивы, что составляет 74,5% всех повторных кровотечений в стационаре. Возникающее кровотечение ухудшает и без того тяжелое состояние больного из-за дополнительной, нередко, массивной кровопотери, нарастания печеночной и почечной недостаточности, усугубления портосистемной энцефалопатии. Летальность среди больных, у которых развился рецидив кровотечения, составила 68,1%. Общая летальность – 38,0%. Учитывая литературные данные и анализируя каждый случай возникновения повторного кровотечения в стационаре, нами была определена зависимость частоты рецидивов кровотечения в стационаре от ряда факторов: 1) тяжелая первичная кровопотеря; 2) активное кровотечение при первичной эндоскопии или наличие эндоскопических маркеров угрозы кровотечения, таких как «красные знаки», большой варикоз; 3) сочетанный пищеводно-желудочный варикоз; 4) тяжелое функциональное состояние печени (класс цирроза С по Чайлд), пониженное питание, нарушение функций почек; 5) неоднократные эпизоды кровотечений из ВРВПиЖ в анамнезе. При комбинации трех и более факторов риск раннего рецидива высок (по нашим данным, повторное кровотечение при этом развилось у 75% пациентов). Учитывая вышесказанное, мы расширили показания к баллонной обтурации ВРВПиЖ. Определение перечисленных факторов позволяет выявить группу пациентов с высоким риском раннего рецидива кровотечения. В этом случае для предупреждения развития ряда тяжелых осложнений целесообразно установить зонд-обтуратор даже при отсутствии активного кровотечения. При возникновении признаков кровотечения при уже установленном зонде-обтураторе необходимо подтвердить его расположение и степень раздутия баллонов рентгенологически; при необходимости произвести коррекцию. В случае неэффективности указанных мероприятий и продолжающемся профузном кровотечении таким больным показана экстренная операция. Для улучшения рентгенологической визуализации нами предложен способ, который состоит в следующем: при необходимости контроля расположения зонда из пищевода и желудочного баллонов удаляется 30 и 10 мл, соответственно, жидкости и добавляется такое же количество водорастворимого контрастного вещества. После этого выполняется рентгенограмма органов грудной клетки с захватом верхнего этажа брюшной полости. Введение контрастного вещества позволяет четко определить расположение и степень раздутия обоих баллонов. Правильным считается положение, при котором желудочный баллон находится на 2,5-3 см ниже уровня диафрагмы.

НАНОСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

*Завада Н.В., Гаин Ю.М., Груша В.В.,
Борисенко В.Е., Соловей А.Л.*
Минск, Беларусь

Цель. Изучить наноструктурные изменения эритроцитов крови у пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза.

Материалы и методы. Методом атомно-силовой микроскопии нами изучены изменения эритроцитов крови и их мембран у 24 пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза. Контрольную группу составили 10 доноров. Изучались следующие геометрические параметры эритроцитов крови: форма, диаметр и радиус его центрального углубления. Для оценки структурной организации мембран эритроцитов мы измеряли размеры пор в мембране. Нами впервые был предложен и изучен суммарный коэффициент повреждения мембран эритроцитов (СКПМЭ), который отражает площадь дефектов мембран пула красных клеток в 1 литре крови. Всего проведено исследование 1280 эритроцитов крови на 128 кремниевых пластинах 1 x 1 см. Изучаемые группы были сопоставимы по возрасту. У всех пациентов причиной механической желтухи был холедохолитиаз.

Результаты. При атомно-силовой микроскопии эритроцитов крови пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза, по сравнению с контролем, было установлено, что имеется статистически значимое увеличение их диаметра (макроцитоз) и уменьшение радиуса центрального углубления. Мы наблюдали увеличение размеров и количества максимальных пор мембраны эритроцита. Суммарный коэффициент повреждения мембраны эритроцита также был значительно больше, чем в группе контроля (Mann-Whitney U-тест, $p < 0,001$).

По сравнению с мембранами доноров, изменения мембран эритроцитов у пациентов с механической желтухой носили выраженный характер. Отмечалась неравномерность бифосфолипидного слоя мембраны в виде «сглаженности» её поверхностного слоя и плохо различимыми глобулами липидов со значительными очагами разрыхления в ней. На поверхности мембраны, наряду с очагами разрыхления, выявлялись значительные дефекты. Сам липидный слой имел неестественный (не просматривалась структура) вид. У пациентов с механической желтухой мы встречали красные клетки крови неправильной формы в виде стоматоцитов и так называемых «мишеневидных клеток» (target cells) – эритроцитов с увеличенной площадью и центральным расположением гемоглобина.

Вывод. При исследовании эритроцитов крови у пациентов с механической желтухой методом атомно-силовой микроскопии установлены выраженные наноструктурные изменения со стороны их геометрических параметров, что может неблагоприятно сказаться на их функциях.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НЕОПУХОЛЕВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

*Завада Н.В., Груша В.В., Гаин Ю.М.,
Седун В.В. Ладутько И.М.*
Минск, Беларусь

Цель. Доказать эффективность применения малоинвазивных вмешательств при неопухолевого механической желтухе у пациентов с высокой степенью операционного риска.

Материалы и методы. Мы проанализировали результаты лечения 92 пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза и высокой степенью операционного риска. Средний возраст больных составил $68,7 \pm 10,4$ лет. Пациентов старше 60 лет было 127 (78,9%), старше 70 лет – 81 (50,3%). Наиболее частой причиной, вызвавшей механическую желтуху, был холедохолитиаз.

60 (65,2%) пациентам выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), 32 (34,8%) – чрескожное чреспечёночное дренирование желчных протоков (ЧЧДЖП) под контролем ультразвука. У 44 больных (27,3%) лечение механической желтухи проведено с применением только малоинвазивных вмешательств.

Результаты. Нормализация уровня билирубина сыворотки крови после ЧЧДЖП наблюдалась в среднем на $8,2 \pm 3,5$ сутки.

После дренирования желчных протоков под контролем ультразвука и ликвидации желтухи 27 пациентам (84,4%) были выполнены оперативные вмешательства. Средняя длительность стояния дренажей до операции составила $12,6 \pm 4,1$ суток. У данных пациентов мы наблюдали низкий процент осложнений после открытых операций – 7,4%. Летальный исход имел место у 1 (3,7%) пациентки 80 лет.

Мы наблюдали осложнения после ЧЧДЖП под контролем ультразвука у 9,3% пациентов: 1). Желчеистечение в брюшную полость. 2). Гемобилия. 3). Миграция катетера из желчного протока в паренхиму печени. Летальных исходов, связанных с техникой выполнения ЧЧДЖП под контролем ультразвука, нами не наблюдалось.

У 47 из 60 (78,3%) пациентов после ЭПСТ наблюдалось достоверное снижение уровня общего билирубина крови уже на первые сутки после вмешательства. Осложнения ЭПСТ мы наблюдали у 13 (21,7%) пациентов с неопухолевого механической желтухой. Острый панкреатит имел место у 10 (16,7%) больных. Кровотечение из места папиллотомического разреза – у 3 (5,0%).

Оперативные вмешательства после ЭПСТ выполнены 21 (35,0%) пациенту. После ликвидации желтухи операции выполнялись у 14 (66,7%) больных, причём, 10 (71,4%) из них произведена лапароскопическая холецистэктомия, а у 4 (28,6%) – открытые операции. У этих 4 пациентов явления желтухи были ликвидированы, однако удалить конкременты холедоха эндоскопически не представлялось возможным. У 7 (33,3%) пациентов открытые оперативные вмешательства были выполнены при отсутствии эффекта от ЭПСТ и нарастающем билирубине крови. Данные операции были закончены наложением холедоходуоденоанастомоза. В послеоперационном периоде умерла 1 пациентка (4,8%) 76 лет. Всего послеоперационные осложнения у пациентов после

ЭПСТ и открытой или лапароскопической операции мы встретили у 9,6% пациентов.

Вывод. ЧЧДЖП под ультразвуковым наведением и ЭПСТ быстро нормализуют уровень общего билирубина сыворотки крови. Это позволяет у 52,2% пациентов с высокой степенью операционного риска выполнить операцию в безжелтушном периоде.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЕДРЕННО-
ПОДКОЛЕННО-БЕРЦОВЫХ ОККЛЮЗИЙ И
СТЕНОЗОВ МЕТОДОМ АУТОВЕНОЗНОГО
ШУНТИРОВАНИЯ**

Иоскевич Н.Н.

Гродно, Беларусь

Цель исследования. Изучение эффективности шунтирующих аутовенозных операций в хирургии атеросклеротических окклюзионно-стенотических поражений артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 382 больных с атеросклеротическим окклюзионно-стенотическим поражением артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента, перенесших шунтирующую операцию реверсированной аутовеной. Средний возраст больных составил 59,5 лет. У 178 (46,6%) пациентов отмечалась 2б стадия хронического нарушения артериального кровообращения в нижних конечностях (ХНАК НК) (по Fontaine – А.В. Покровскому), у 135 (35,3%) – 3 стадия, у 69 (18,1%) – 4 стадия. Характер окклюзионно-стенотического поражения артерий определялся с помощью рентгеноконтрастной ангиографии, ультразвуковой доплерографии и дуплексного сканирования, МСКТ. Максимальный срок динамического послеоперационного наблюдения за больными составил 14 лет.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде отличные результаты шунтирующих операций были отмечены в 38,5% (147) случаев, хорошие – в 50,4% (192), удовлетворительные – в 7,9% (30), неудовлетворительные – у 3,2% (13). Выполнение шунтирующих операций облегчалось с помощью разработанных автором инструментов (патенты № 847 U BY, 30.06.2003; № 5818 C1 BY, 30.12.2003). В ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах результаты аутовенозного шунтирования зависели от множества факторов. Так, через 5 лет кумулятивная проходимость аутовенозных шунтов после общебедренно-дистальноповерхностнобедренного аутовенозного шунтирования равнялась 67,2%, через 10 лет – 29,2%, через 14 лет – 15,6%. Общебедренно-берцовое аутовенозное шунтирование сопровождалось более низкими показателями проходимости аутовенозных шунтов: 26,6% – через 5 лет, 6,3% – через 10 лет. В течение первых 3-5 лет послеоперационного наблюдения функционирование аутовенозных шунтов оказалось выше в порядке убывания у лиц, имевших проходимость трех артерий голени, ЗББА и МБА, ЗББА и ПББА, ЗББА, ПББА и МБА, ПББА, МБА. По истечению 5-летнего периода наблюдения указанное соотношение несколько менялось: все три артерии голени, ЗББА, ЗББА и ПББА, ЗББА и МБА, МБА, ПББА. Через 5 лет послеоперационного наблюдения при 2б стадии ХНАК НК сохранение функции шунтов составило 70,5%, при 3 стадии – 47,2%, при 4 стадии – 30,4%. Через 10 лет – 28,5%, 7,5% и 3,5%, соответственно.

Выводы. Исходы шунтирующих артериальных операций на бедренно-подколенно-берцовом сегменте находятся в обратно пропорциональной зависимости от распространенности окклюзионно-стенотического поражения воспринимающего русла, стадии ишемии, протяженности шунтирования и в прямо пропорциональной зависимости от техники оперирования и общего состояния больных.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ТОКСИЧЕСКОГО
ВОЗДЕЙСТВИЯ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА**

Кабешев Б.О., Гуреев С.В., Бонцевич Д.Н.

Гомель, Беларусь

Основным способом соединения тканей в ходе любого хирургического вмешательства является шивание, качество выполнения которого зависит от используемого шовного материала. В ряде случаев, когда нельзя полностью исключить наличие в ране инфекции, необходимо не только сопоставить ткани, но и оказать бактерицидное действие на присутствующие в тканях микроорганизмы. Системное введение антибиотиков малоэффективно. В связи с чем становятся особо актуальными антибактериальные свойства шовного материала. Общеизвестны антибактериальные свойства серебра. Сомнительно, что микроорганизмы способны вырабатывать резистентность к серебру, так как его ионы атакуют большее количество разнообразных объектов в клетке. Это стало актуальным в связи с появлением множества штаммов бактерий, устойчивых к современным антибактериальным препаратам. Доказано, что наночастицы серебра обладают выраженной антибактериальной активностью. В этой связи возник интерес в производстве шовного материала модифицированного наночастицами серебра. Однако в литературе существуют противоречивые данные о токсических свойствах веществ в наноразмерном состоянии.

Цель. Целью нашего исследования является изучение токсического воздействия шовного материала, модифицированного наночастицами серебра.

Материалы и методы. Для исследования мы использовали шелк и капрон, модифицированный наночастицами серебра 3 метрического размера, условный номер 2/0. Для исследования токсического воздействия использовали методику определения гемолитического действия полимерных материалов «in vitro». Вытяжку из шовного материала готовили в соответствии с методической и нормативной документацией для конкретной группы материалов. Следующим этапом явилось изготовление контрольной пробы и пробы со 100% гемолизом. Опытные пробы представляли собой смесь вытяжки и взвеси эритроцитов. Затем контрольные, опытные пробы и оба со 100% гемолизом ставили в термостат на 1 час при температуре 37°C, после чего пробы центрифугировались. Надосадочная жидкость отделялась и проводилось исследование оптической плотности на фотоэлектроколориметре (КФК) при длине волны 640 нм против «холостой» пробы. Толщина кюветы 1см. Испытуемое изделие признается свободным от гемолитически действующих веществ, если процент гемолиза во всех опытных пробах не превышает 2.

Результаты. В ходе проведенных исследований оказалось, что оптическая плотность контрольной и опытных проб была практически одинакова. Следовательно, процент гемолиза, согласно формуле, стремился к нулю.

Выводы. Таким образом, исследуемый нами шовный материал, модифицированный наночастицами серебра, можно считать свободным от гемолитического действия и могут быть проведены дальнейшие токсикологические испытания.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРАДИАРИТМИЙ

Кардис А.И., Васильчук Л.Ф., Гнядо Ю.В.

Гродно, Беларусь

Актуальность. Проблема хирургической коррекции нарушения ритма сердца в настоящее время не теряет своей актуальности и продолжает относиться к одному из сложных разделов интервенционной радиологии.

Цель. Целью работы явился анализ результатов хирургического лечения брадиаритмий.

Материал и методы. За период с февраля по май 2009 года в отделении рентгенэндоваскулярной хирургии Гродненской областной клинической больницы прооперировано 38 пациентов с симптоматическими брадикардиями. В зависимости от клинических показаний к имплантации электрокардиостимулятора все больные разделены на три группы. 1 группа – пациенты с приобретенной полной или преходящей АВ-блокадой 3 степени (19 больных). 2 группа – пациенты со стойко сохраняющейся симптомной АВ-блокадой 2-3 степени после острого периода инфаркта миокарда (4 больных). 3 группа – пациенты с дисфункцией синусового узла с периодами асистолии (15 больных). У 18 пациентов из 1 группы и у 3 пациентов из 2 группы имела место сопутствующая хроническая предсердная тахикардия. У 2 больных из 3 группы были признаки нарушения атриовентрикулярной проводимости в виде блокады ножек пучка Гиса. В 1 группе 18 пациентам выполнена имплантация однокамерного желудочкового электрокардиостимулятора (VVI), одному – двухкамерного частотно-адаптивного электрокардиостимулятора (DDDR). Во 2 группе 3 больным выполнена имплантация однокамерного желудочкового электрокардиостимулятора (VVI), одному – двухкамерного частотно-адаптивного электрокардиостимулятора (DDDR). В 3 группе 13 пациентам выполнена имплантация однокамерного желудочкового электрокардиостимулятора (VVI), двум – двухкамерного частотно-адаптивного электрокардиостимулятора (DDDR).

Результаты и обсуждение. Во всех случаях имплантация электрокардиостимулятора позволила избавить больных от риска асистолии и хронотропной сердечной недостаточности. В 2 случаях возникли послеоперационные осложнения в виде дислокации электрода, потребовавшие повторной операции. В 1 случае выполнена репозиция электрода. Во 2 случае потребовалась замена электрода на активный, а также замена электрокардиостимулятора на частотно-адаптивный. Летальных исходов не было.

Выводы. Имплантация электрокардиостимулятора является наиболее эффективным методом лечения брадиаритмии. При отсутствии у больного сопутствующей хронической предсердной тахикардии показана физиологическая двухкамерная электрокардиостимуляция. Внедрение в повседневную клиническую практику постоянной двухкамерной частотно-адаптивной электрокардиостимуляции позволяет не только избавлять больных от риска асистолии, но и восстановить физиологическую последовательность сокращения камер сердца.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Кардис А.И., Васильчук Л.Ф., Шапель И.А.

Гродно, Беларусь

Актуальность. В настоящее время доказана основная причина возникновения инфаркта миокарда: тромботическая окклюзия и прекращение кровотока в пораженной атеросклерозом коронарной артерии. Одной из основных стратегических целей лечения больных инфарктом миокарда является ранняя реперфузия миокарда или коронарная реваскуляризация, а также предотвращение дальнейшего тромбообразования.

Цель исследования. Целью работы явился анализ результатов эндоваскулярной коронарной реваскуляризации.

Материал и методы. За период с февраля по май 2009 года в отделении рентгенэндоваскулярной хирургии Гродненской областной клинической больницы выполнено 7 коронароангиографий при остром инфаркте миокарда. Пациенты были направлены в сроки от 1 до 7 суток с момента возникновения болевого синдрома. Диагноз инфаркта миокарда был выставлен на основании клинической картины, данных ЭКГ, положительных тестов биохимического анализа крови. В 3 случаях гемодинамически значимого поражения коронарных артерий выявлено не было. В одном случае была выявлена тромботическая окклюзия дистального сегмента правой коронарной артерии, в двух случаях – тромботическая окклюзия второго сегмента огибающей ветви левой коронарной артерии, в одном случае гемодинамически значимый стеноз первого сегмента передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. При выявлении тромботической окклюзии выполнялась механическая реканализация пораженного сегмента со стентированием. В случае визуализации гемодинамически значимого стеноза выполняли баллонную ангиопластику и стентирование пораженного сегмента коронарной артерии. Эффективность эндоваскулярного вмешательства оценивалась данными ангиографии, электрокардиографии, а также клинической картины.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях достигнут оптимальный ангиографический результат. Резидуальный стеноз – 10-17 % по площади. В случае тромботической окклюзии получено полное восстановление кровотока по магистральным коронарным артериям. По данным ЭКГ выявлено уменьшение ишемии миокарда. Клинически отмечались уменьшение болевого синдрома, стабилизация гемодинамики, купирование нарушений сердечного ритма.

Выводы. Ангиопластика и стентирование коронарных артерий при остром инфаркте миокарда является высокоэффективной методикой лечения этой патологии и должна как можно шире и чаще применяться в специализированных клиниках для лечения такого рода больных, при этом время от момента развития инфаркта миокарда не является препятствием для направления на эндоваскулярную реваскуляризацию.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Карлюк В.А., Смотрич С.М., Ягловская О.В., Вольничук С.В.
Гродно, Беларусь

Хроническая артериальная недостаточность – тяжелое соматическое заболевание, которое ограничивает возможности социального функционирования человека, изменяет личность больного и приводит его к социальной дезадаптации.

Цель исследования. Изучить личностные особенности больных с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей.

Методы исследования. Опросник FPI, шкала депрессии Бека, шкала безнадёжности Бека, шкала суицидальных мыслей (SIS), опросник Спилберга-Ханина для оценки личностной тревожности.

Обследовано 20 больных мужского пола, с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей (ХАННК) различной степени.

Результаты исследования. У пациента с ХАННК 1 ст. выявлены: высокий уровень реактивной агрессивности, умеренная личностная тревожность. У пациентов с ХАННК 2 ст. преобладают застенчивость (5 человек, 71%), депрессивность (5, 71%), невротичность (5, 71%), стремление к общению (4, 57%), высокая (2, 28,6%) и умеренная (4, 57%) личностная тревожность, протекание психической деятельности преимущественно по женскому типу (3, 42,6%). У пациентов с ХАННК 3 ст. выявлены: высокий уровень реактивной агрессивности (7, 77,8%), раздражительность (7, 77,8%), застенчивости (8,88,9%), невротичность (4, 44,5%), депрессивность (4, 44,5%), низкий уровень спонтанной агрессивности (4, 44,5%), высокая (3, 33,3%) и умеренная (3, 33,3%) личностная тревожность. У пациента с ХАННК 4 ст. выявлены: высокий уровень реактивной агрессивности и застенчивости, протекание психической деятельности преимущественно по женскому типу, умеренная депрессивность, умеренная безнадёжность, высокая личностная тревожность. У пациентов, перенесших ампутацию: высокий уровень реактивной (100%) и спонтанной (50%) агрессивности, невротичность (100%), раздражительность (100%), депрессивность (100%), низкий уровень общительности (100%), выраженная депрессивность (100%), тяжелая безнадёжность (100%), умеренная личностная тревожность (50%), высокий риск суицида (50%).

Таким образом, для большинства пациентов характерны высокий уровень реактивной агрессивности, застенчивость, раздражительность, усиливающиеся по мере нарастания степени ХАН. Выраженность депрессивных проявлений, безнадёжности, уровень личностной тревожности также увеличивается с утяжелением патологии. Однако уровень личностной тревожности снижается у лиц, перенесших ампутацию. Спонтанная агрессивность повышается только при появлении тенденций к суициду.

Полученные данные позволили нам выявить некую общую тенденцию в изменении личностных особенностей и состояний у пациентов с ХАННК. Согласно этой тенденции, нам кажется вполне целесообразной и пси-

хотерапевтическая помощь для данной категории больных, особенно на ранних этапах развития заболевания, чтобы помочь им обнаружить источник, причину их агрессивности по отношению к социальному окружению и научить конструктивно с ней справляться, а также с целью психокоррекции чрезмерной тревожности и неуверенности в себе. Наличие такой терапии могло бы если не остановить заболевание, то хотя бы замедлить скорость его прогрессирования и смягчить тяжесть течения.

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Климович И.И., Брикач А.В., Малич А.М.
Гродно, Беларусь

Цель исследования. Изучить влияние беременности на развитие и проявление варикозной болезни вен нижних конечностей.

Материал и методы. Проведено обследование 76 женщин с варикозной болезнью поверхностных вен нижних конечностей (ВБ), находившихся на лечении в больнице скорой медицинской помощи г. Гродно в 2000-2008 гг. в возрасте от 20 до 70 лет (средний возраст – 47,8 года). Длительность заболевания была от 3 до 35 лет. Все пациентки указали на развитие заболевания во время беременности или после родов, причём, в этиологической гамме ВБ у многих, кроме беременности, фигурировали и другие предрасполагающие факторы для этой болезни: в частности, наследственность, гормональные изменения, физический труд (статические нагрузки). Обследование проводилось по специально разработанным анкетам, в которых учитывались анамнез, объективные данные и дополнительные методы обследования.

Результаты. Анализируя материал историй болезни пациентов варикозным расширением вен нижних конечностей, выявлено, что наследственность, как предрасполагающий фактор болезни при беременности, имела место у 37 больных (48,7%); гормональные изменения 23 больных (30,3%); физический труд (статические нагрузки) 6 больных (7,9%); беременность в чистом виде, если можно так выразиться, без предрасполагающих вышеуказанных факторов варикоза имела место у 10 больных (13,1%). Профилактику ВБ проводили 43 пациентки (56,6%): ограничение продолжительного стояния и сидения, отказ от ношения тугих поясов, ограничение приема жидкости, ношение свободной одежды, белья и обуви на низком каблуке, эластическое бинтование ног. Варикозное расширение вен нижних конечностей во время первой беременности развилось у 46 пациенток (60,5%), которые имели наследственную предрасположенность и страдали различными гормональными расстройствами до беременности. Из 10 пациенток у которых не было предрасполагающих факторов ВБ, возникла во время первой беременности у 2, во время второй беременности у 3 и у остальных 5 пациенток после 3-5 беременностей, причём, у последних отмечались роды крупным плодом и двое родов двойней. Рецидив ВБ отмечен у 18 (23,7%) в промежутке 8-35 лет после операции. У всех больных, которые проводили профилактику ВБ, оперативное лечение дало хороший результат и рецидива ВБ больше не было.

Выводы. 1. Женщинам во время беременности, начиная со 2-3-го месяца, при первых признаках варикозного расширения вен нижних конечностей следует проводить профилактику, особенно при наследственной

предрасположенности, гормональных изменениях, статических нагрузках.

2. Учитывая, что после флебэктомии в той или иной степени рецидив заболевания отмечается практически у всех больных, то профилактику варикозного расширения вен нижних конечностей необходимо проводить при каждой последующей беременности и после родов.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кондратенко Г.Г., Леонович С.И.,

Игнатювич И.Н., Корниевич С.Н.,

Таганович Д.А., Смолякова О.В., Ищук А.В.

Минск, Беларусь

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности реконструктивных операций на артериях в лечении критической ишемии стопы, обусловленной окклюзионно-стенозическим поражением бедренно-подколенного и берцового сегментов при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. Анализ включает истории болезни 7 больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы, которым проведена реваскуляризация с целью восстановления магистрального кровотока. Хроническая критическая ишемия нижних конечностей была обусловлена протяженными окклюзиями поверхностной бедренной артерии и окклюзионно-стенозическим поражением берцовых артерий (класс D TASC). Для диагностики степени поражения артериального русла использовалась КТ-ангиография.

Результаты. На основании данных КТ-ангиографии больные разделены на 2 группы: 1) с окклюзией и стенозами всех 3-х берцовых артерий – 3 пациента; 2) с наличием хотя бы 1 проходимой берцовой артерии – 4 пациента.

2 пациентам из 3-х с окклюзией и стентированием всех трех берцовых артерий выполнялась интраоперационная ангиография после ревизии подколенной артерии и вскрытия ее просвета. Это позволило уточнить степень стенозирования единственной проходимой большеберцовой артерии и решить вопрос о целесообразности бедренно-подколенного шунтирования. У одного пациента из этой группы ориентировались на данные ангиографии, выполненной за 3 мес. до шунтирующей операции при стентировании подвздошных артерий. Наличие стенозированной проходимой передней большеберцовой артерии явилось показанием к бедренно-подколенному шунтированию.

Пациентам, у которых, по данным КТ-ангиографии имелась хотя бы одна проходимая берцовая артерия, дополнительные интраоперационных исследований не проводили.

Виды реконструктивных операций:

- бедренно-подколенное шунтирование *in situ* – 3 пациента

- бедренно-подколенное шунтирование реверсированной веной – 1 пациент

- бедренно-подколенное шунтирование комбинированным протезом (реверсированная вена + протез 6,0 GoreTex) – 1 пациент

- пластика общей бедренной артерии – 2 пациента.

После реваскуляризации 4-м больным выполнены оперативные вмешательства, направленные на ликвида-

цию гнойно-некротических дефектов стоп, отнесенные к «малым ампутациям». Одной пациентке на 14 сутки после реваскуляризации выполнялась фасциотомия на голени и стопе в связи с выраженным постишемическим отеком, сопровождающимся болевым синдромом. Это привело к улучшению состояния конечности.

Сохранить конечность удалось у 2-х больных из 7-ми (28 %). У этих пациентов отмечены минимальные изменения на стопе до реваскуляризации: ограниченный некроз фаланг пальцев, субкомпенсированная ишемия 1 пальца. У этих пациентов имелась одна проходимая берцовая артерия (по данным КТ-ангиографии). У одного пациента применялось шунтирование *in situ*, у другого – реверсированной веной.

Выводы. Реконструктивные операции на артериях являются эффективным способом лечения критической ишемии стопы, обусловленной окклюзионно-стенозическим поражением бедренно-подколенного и берцового сегментов при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы. Только реваскуляризация дает пациентом этой группы шанс избежать высокой ампутации.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВСКРЫТИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ, ПОГИБШИХ НА МЕСТЕ

Корик В.Е., Дудинский Р.П.

Минск, Беларусь

С увеличением количества автотранспорта на дорогах, высоты зданий, урбанизацией населения сочетанная травма является важной проблемой современности, а проблема оказания помощи при тяжелой сочетанной травме выходит на передовые позиции.

Целью исследования явилось определение особенностей повреждений и основных причин смерти при сочетанной травме у пострадавших, погибших на месте происшествия. Нами был проведен анализ 187 протоколов вскрытий судебно-медицинской экспертизы пострадавших, погибших на догоспитальном этапе в результате сочетанной травмы. Из числа погибших на месте происшествия падение с различной высоты явилось причиной смерти у 89 (47,6%) пострадавших, ДТП – у 59 (31,5%), ЖД травма – у 20 (10,8%), криминальная травма – у 16 (8,5%), производственная травма – у 3 (1,6%) пострадавших, соответственно. Из погибших на догоспитальном этапе в возрасте моложе 60 лет было 144 человека (77,5%), в возрасте старше 60 лет – 43 (22,4%). Из них от 60 до 75 лет – 27 человек (13,9%), старше 75 лет – 16 (8,55%). При ДТП превалировала травма груди (у 96,5% пострадавших), опорно-двигательного аппарата (88%), черепа (83%), травма сердца и сосудов средостения (55%), травма печени (58%). У 1 пострадавшего выявлены повреждения 6 и более органов и систем. При падении с высоты травма груди была определена у 99,5% пострадавших, травма опорно-двигательного аппарата – у 99,5%, травма печени – у 78%, черепа – у 74%, травма сердца и сосудов средостения – у 59%, травма селезенки – у 35%, травма почек – у 30%. Среднее число повреждений на 1 пострадавшего составило 6,87. В результате железнодорожной травмы повреждения черепа, груди, опорно-двигательного аппарата были выявлены в 95% случаев. Травма печени – в 65%, сердца и сосудов средостения – в 55%. Повреждения селезенки – в 40%, почек – в 30%. Среднее число повреждений на 1

пострадавшего составило 6,35. При криминальной травме повреждения груди были выявлены у 100% пострадавших. Частота травмы опорно-двигательного аппарата составила 85%, черепа – 54%, полых органов желудочно-кишечного тракта – 46%, печени – 39%. Среднее число повреждений на 1 пострадавшего составило 4,92. Были установлены следующие причины смерти: острая кровопотеря – 45,4%, множественные повреждения – 25,5%, травматический шок – 15,1%, черепно-мозговая травма и травма позвоночника – 14,0%. Таким образом, при тяжелой сочетанной травме у погибших на догоспитальном этапе травма груди и опорно-двигательного аппарата определяется в 85-100%. Основной причиной гибели пострадавших на догоспитальном этапе являются кровопотеря и множественные повреждения внутренних органов, не совместимые с жизнью.

**ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РАН И ЯЗВ
СОВРЕМЕННЫМИ ПОКРЫТИЯМИ**

Кузнецов Я. О., Хулуп Г. Я.
Минск, Беларусь

Целью нашего исследования было улучшение результатов лечения пациентов с гнойными раневыми поверхностями за счет местного применения антибактериальных и ранозаживляющих препаратов „Активтекс”.

Материалы и методы. Наблюдалось 164 пациента с гнойными ранами и язвами различной локализации и этиологии в возрасте от 17 до 89 лет. Всего было образовано 3 группы больных – контрольная и две основные. В первую контрольную группу включили 54 пациента, получавших традиционное лечение с применением протеолитических ферментов, антисептиков, мазей на полиэтиленгликолевой основе. В первую основную группу вошло 56 больных, при лечении которых использовали активтекс с хлоргексидином и фурагином (А – ХФ) и активтекс с фурагином и облепиховым маслом (А – ФОМ). Во второй основной группе, которая насчитывала 54 пациента, помимо применения А – ХФ и А – ФОМ, применялась магнитотерапия аппаратом „Униспок”. При формировании групп никакой разницы по полу, возрасту, размерам раневых дефектов не было. По структуре гнойных раневых поверхностей в трех группах различий не было: трофические язвы нижних конечностей – 71 пациент (43,3%); посттравматические гнойные раны туловища и конечностей – 30 (18,3%); гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей – 44 (26,8%); нагноение послеоперационных ран – 19 (11,6%).

Больным основных групп применяли А – ХФ в первой и второй фазах раневого процесса, А – ФОМ – в третьей фазе. Салфетки фиксировали при помощи пленочных покрытий „3М Тегадерм”. Магнитотерапию мы применяли для лечения пациентов только второй основной группы.

Результаты. Исследованиями доказано, что при применении новых антимикробных салфеток Активтекс ХФ и Активтекс ФОМ контаминация раневых поверхностей в процессе их заживления снижается, а санирующий и бактерицидный эффект наступает в среднем в 1,5 раза быстрее, по сравнению с традиционной методикой открытого ведения ран с мазевыми марлевыми повязками. В основных группах боли исчезали на 2-3 сутки. К 6-7 суткам в ранах развивались активные грануляции.

Результаты цитологических исследований показали более быструю смену фаз клеточной реакции в основ-

ных группах: гранулоцитарная и макрофагальная реакции проходили быстрее, раньше появлялись соединительнотканые элементы и эпителиальные клетки, микрофлора была менее многочисленной. Быстрее протекала смена некротического типа цитограммы в регенеративный, по сравнению с контрольной. При этом предупреждалось реинфицирование раневой поверхности.

Одним из главных критериев оценки течения раневого процесса в целом является скорость заживления раны (СЗР). Она была неодинаковой. СЗР в сутки у больных при остром гнойно-воспалительном процессе составили: в контрольной – $5,9 \pm 0,4\%$; в первой основной – $7,0 \pm 0,5\%$; во второй основной – $7,4 \pm 0,6\%$ ($p < 0,05$).

Во второй основной группе у 7 ($28,0 \pm 2,3\%$) пациентов язвы полностью зажили за 18 суток, а площадь раневых поверхностей уменьшилась более чем на половину у 8 ($32,0 \pm 2,8\%$). В контрольной группе эти показатели отмечены, соответственно, среди 2 ($9,1 \pm 1,5\%$) и 3 ($13,6 \pm 3,2\%$) больных за 22,6 суток.

Выводы. Раневые покрытия А – ХФ и А – ФОМ имеют следующие преимущества: ускоряют сроки очищения ран и язв от гнойного отделяемого и некротических масс на 2-3 суток; более эффективно стимулируют развитие грануляционной ткани; снижают контаминацию раневых поверхностей в процессе их заживления, а санирующий и бактерицидный эффект наступает в среднем в 1,5 раза быстрее, по сравнению с традиционной методикой открытого ведения ран с мазевыми марлевыми повязками; могут оказывать достаточный лечебный эффект без назначения системной антибиотикотерапии.

**МАГНИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАНЕВЫХ
ПОВЕРХНОСТЕЙ**

Кузнецов Я. О., Хулуп Г. Я.
Минск, Беларусь

Цель. Определить роль магнитотерапии в комплексном лечении трофических язв и раневых поверхностей различного генеза и локализации.

Материал и методы. Из 164 пациентов с гнойными ранами и язвами различной локализации и этиологии было сформировано 3 группы: контрольная и две основные группы, от 54 до 56 в каждой. Возраст был различным – от 17 до 89 лет. Основную часть во всех группах составили пациенты трудоспособного возраста – 125 (76,2%). Чаще всего гнойные раны и язвы отмечались у больных в возрасте 40 – 49 и 50 – 59 лет: 37 (22,6%) и 49 (29,9%), соответственно. Наибольшее количество пациентов имели раны и язвы площадью от 20 до 50 см² – 97 (59,1%). Естественно, что самым сложным было лечение больных, у которых язвенные дефекты достигали 100 и более см². Никаких различий по полу, возрасту пациентов, этиологии раневых дефектов, их размеров и локализации при формировании групп не было.

Пациенты контрольной группы получали традиционное лечение с применением протеолитических ферментов, антисептиков, мазей на полиэтиленгликолевой основе. В первой основной использовался активтекс с хлоргексидином и фурагином (А-ХФ) и активтекс с фурагином и облепиховым маслом (А-ФОМ). Во второй основной группе, которая насчитывала 54 пациента, помимо применения А-ХФ и А-ФОМ, применялась магнитотерапия аппаратом „Униспок”.

Из всего многообразия разновидностей „Активтекс” с иммобилизованными в геле биополимера антисеп-

тическими и ранозаживляющими препаратами, в зависимости от стадии раневого процесса, мы выбрали А-ХФ и А-ФОМ.

Магнитотерапия – это один из наиболее активно используемых лечебных физических факторов. Мы использовали аппарат „Униспок”. Магнитотерапию применяли для лечения больных только второй основной группы. При этом воздействию подвергались раневые поверхности, которые были закрыты перевязочными материалами „Активтекс”. Процедуры осуществляли ежедневно, а курс лечения включал 9-10 сеансов. Параметры были следующими: частота следования импульсов – 0,1-20 Гц, длительность импульсов – 45-55 м/с, частота генерации в импульсах – 80-150 Гц. Продолжительность каждой процедуры составляла 20 минут.

Результаты и обсуждение. Как оказалось, процесс уменьшения количества и изменения характера отделяемого среди больных контрольной группы был явно замедлен по сравнению с пациентами основных групп, особенно со второй. Очищение гнойных ран от некротических масс происходило достоверно быстрее во второй основной группе (на 3-и сутки) и на 5-е сутки в контрольной. Такая же ситуация была и со снижением инфильтрации краев раневых поверхностей и развитием грануляционной ткани. У некоторых пациентов развитие краевой эпителизации наступало на 3-5 сутки и только на 7 сутки – в контрольной группе.

Это существенно повлияло на сроки стационарного лечения пациентов, которые составили: $13,6 \pm 0,5$ – в контрольной группе; $11,3 \pm 0,4$ – в первой основной; $10,2 \pm 0,3$ – во второй основной.

Выводы. Раневые покрытия “Активтекс ХФ” и “Активтекс ФОМ” в сочетании с низкочастотной магнитотерапией аппаратом “Униспок” оказывают достаточный лечебный эффект без назначения системной антибиотикотерапии; активно влияют на регенерацию и эпителизацию, сокращая при этом сроки лечения.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Ларионов А.И., Третьяк С.И., Стебунов С.С.
Минск, Беларусь

За последние годы число больных с непаразитарными кистами печени заметно увеличилось. Рост заболеваемости носит относительный характер и связан в первую очередь с большей выявляемостью этих пациентов, благодаря использованию современных методов ультразвуковой, компьютерной томографии, ангиографии, а также развитию эндовидеолапароскопии. Между тем, истинное увеличение числа больных с непаразитарными кистами печени, обращающихся за помощью, ставит эту патологию в ряд актуальных проблем современной хирургии.

Целью работы явилось изучение эффективности применения эндовидеолапароскопии в лечении непаразитарных кист печени.

Материалы и методы. В центре оперативные вмешательства с использованием эндовидеохирургического метода выполнены у 37 больных с непаразитарными кистами печени. У 35 больных вмешательство заключалось в иссечении выступающей стенки кисты, обработке остаточной полости коагулятором или струей аргона, тампонаде ее салником и дренировании. В двух случаях выполнена лапароскопическая атипичная резекция 2-

3 сегментов печени.

В 26 случаях при лапароскопии выполнялось сочетанное вмешательство. У 14 больных это была лапароскопическая холецистэктомия, у 1 – фундопликация, у 3 – фибромиомы матки, у 4 – удаление кист яичников, у 4 – лапароскопическая герниопластика.

Результаты. Объем эвакуированного содержимого кист колебался от 20 мл до 2200 мл. В среднем – $560 \pm 210,5$ мл. В большинстве случаев в полости кист при предварительной пункции имелось светлое содержимое, без примеси желчи. В одном случае содержимое имело желтоватое окрашивание. При цитологическом исследовании содержимого выявлены единичные нейтрофилы и макрофаги. При гистологическом исследовании удаленных оболочек кист в 35 случаях выявлены серозные кисты, в двух определялось фиброзное воспаленное стенки кисты.

Больные перенесли вмешательство удовлетворительно. Летальных исходов и осложнений не было. В 2 случаях (5,4%) спустя 2-3 месяца после выполнения вмешательства возникли рецидивы заболевания, что подтверждено ультрасонографически. При анализе случаев рецидивы были связаны с техническими погрешностями эндовидеохирургической операции на стадии освоения методики: отсутствие специальной обработки остаточной полости и недостаточная резекция стенки кисты, что не обеспечивало адекватного дренирования остаточной полости.

Выводы. Эндовидеолапароскопический метод лечения непаразитарных кист печени можно признать наиболее эффективным в современной хирургии. Наиболее целесообразным является фенестрация кист с дренированием их полости, а также оментопексия в полость кисты. Обязательным этапом операции считаем дополнительную обработку остаточной полости путем коагулирования на бесконтактном режиме или аргонном. Показанием для хирургического метода лечения являются кисты свыше 5 см, а при наличии сочетанной хирургической патологии и меньшего диаметра.

ДИАГНОСТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

*Лемешевский А.И., Русинович В.М.,
Логаш Е.И., Муковозова И.Л.,
Куткович А.В., Бакановский А.В.*
Минск, Беларусь

Цель исследования. Определить пути улучшения диагностики кровотечений из нижних отделов ЖКТ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 886 историй болезней пациентов с кишечным кровотечением, которые находились на лечении в отделении колопроктологии 3-й ГКБ города Минска в 2002-2008 гг.

Результаты. Средний возраст составил 67 лет, женщин было 55,6%, мужчин – 44,6%. В этиологической структуре доминировали геморрой (27,1%), дивертикулярная болезнь (19,4%), новообразования (22,1%), неспецифический язвенный колит (8,2%). Среди других причин можно отметить такие заболевания, как парапроктит, анальная трещина, постлучевой проктит, мезентериальный тромбоз. В 9% случаев локализацию кровотечения установить не удалось. Нами были оценены преимущества, недостатки и эффективность отдельных методов инструментальной диагностики при кровотечениях

из нижних отделов ЖКТ. Стало очевидно, что частота их применения (например, ректороманоскопия – 47,0%, колоноскопия – 41,1%) связана с характером и локализацией патологического процесса, определяющими сложность и объем диагностического поиска. Отличительной особенностью мировой практики в случаях диагностики кровотечений из нижних отделов ЖКТ можно считать обоснованное применение таких методов, как ангиография, сцинтиграфия, энтероскопия. Так, ангиография эффективна при скорости кровотечения свыше 0,5 мл в минуту и выше, и в этих условиях позволяет определить локализацию кровотечения, а также путем селективного внутриаартериального введения вазопрессина или эмбола остановить кровотечение. Она также дает возможность идентифицировать место кровотечения во время операции.

Выводы. Внедрение современных методов исследований, таких как ангиография, сцинтиграфия, энтероскопия, можно считать приоритетным направлением при определении путей дальнейшего улучшения диагностики кровотечений из нижних отделов ЖКТ.

ХИРУРГИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В БЕЛАРУСИ И СНГ: ЧТО ПРОИСХОДИТ?

Лобанков В.М.

Гомель, Беларусь

Цель работы. Проанализировать динамику частоты неотложных и плановых операций при язвенной болезни (ЯБ) в Беларуси и странах СНГ за «постсоветский» период. Проведен эпидемиологический анализ частоты операций при язвенных кровотечениях, перфорациях, плановых вмешательствах при ЯБ во всех регионах Беларуси, отдельных регионах России, Украины, Казахстана, а также Литвы и Эстонии. На примере Беларуси установлено, что суммарная частота «противоязвенных» операций за первую половину 90-х годов равнялась таковой за первую половину текущей декады и составляла по разным регионам от 35 до 60 вмешательств на 100 тыс. населения в год (в среднем – около 47). Максимальный уровень хирургии ЯБ пришелся на вторую половину 90-х годов, когда производилось от 40 до 70 операций (в среднем – около 55). Для стран СНГ оказалось, что частота неотложных и плановых операций при ЯБ находятся в обратно пропорциональной зависимости. При этом плановые вмешательства и неотложные при прободениях – в сильной корреляционной зависимости, а плановые с операциями при кровотечениях – в средней. После 2005 г. повсеместно (мы располагаем данными по более чем 20 регионам СНГ) отмечается достоверное снижение общей хирургической активности при ЯБ. Однако при относительно небольшой динамике частоты операций существенно изменилась их структура. Если в первую половину 90-х доля неотложных операций составляла 50-70%, то в настоящее время – 80-90% и более. При этом, по отчетным данным хирургов России, Украины, Казахстана, стран Балтии, летальность после неотложных операций при язвенных кровотечениях и прободениях за последние 15-20 лет практически не изменилась. Объективным показателем популяционной тяжести ЯБ является частота перфоративных язв. Последняя зависит от генетических и демографических особенностей населения, социально-экономических условий жизни общества, хронобиологических особенностей временного периода и от эффективности применя-

емой в стране лечебной стратегии при ЯБ. При достоверном снижении популяционной тяжести ЯБ после 2005 г. в странах СНГ еще не достигнут не только уровень экономически развитых стран (менее 10 случаев прободных язв на 100 тыс. населения), но и «советский» уровень 60-80-х годов. Лечебная стратегия при ЯБ (в том числе – потребность в плановой хирургии) должна определяться по конкретным эпидемиологическим показателям в частности по частоте перфоративных язв. При повышенной частоте популяционной тяжести ЯБ актуальность плановой хирургии сохраняется.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАКУУМНО ОТСЛОЕННОГО ЭПИДЕРМИСА В ЛЕЧЕНИИ РАН РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Меламед В.Д.

Гродно, Беларусь

Известные единичные сообщения о трансплантации вакуумно отслоенного эпидермиса имеют ряд недостатков, проявляющихся в многочасовом образовании эпидермальных пузырей, техническими трудностями при переносе последних.

Цель работы – оптимизация метода трансплантации вакуумно отслоенного эпидермиса.

Материал и методы. Проведена трансплантация эпидермиса на 162 беспородных лабораторных крысах с варьированием условий на каждом из этапов лечения полнослойных кожных дефектов. У 50 добровольцев оценивали процесс получения эпидермотрансплантатов с помощью неполного вакуума. Для пластического закрытия 57 полнослойных кожных дефектов различного генеза (трофические язвы на почве декомпенсированного венозного кровотока, термические ожоги 3Б ст., посттравматические раны) отслоенный эпидермис использовали в качестве трансплантата у 53 больных. Площадь раневых поверхностей составляла от 4 до 38 см². Для отделения эпидермиса от дермы использовали специальную вакуумную камеру. Постепенно в течение 10-15 минут давление внутри камеры снижали до – 0,6 кг/см², поддерживая его еще 30-60 минут до образования эпидермальных пузырей необходимого размера. При лечении полнослойных кожных дефектов площадью менее 6-8 см², либо имевших сложную конфигурацию, кожно-вакуумные пузыри подрезали у основания по всему периметру и осуществляли изолированный перенос эпидермальных пузырей на раневую поверхность посредством проволочных петель. В случае достаточной больших раневых поверхностей эпидермальные пузыри, подрезанные с одной стороны на 1/2 – 1/3 периметра в виде сплошного слоя, переносили с помощью клеевой частично-растворимой подложки.

Результаты и обсуждение. В эксперименте были выявлены оптимальные условия при трансплантации вакуумно отслоенного эпидермиса. При исследованиях на добровольцах были обоснованы параметры создаваемого отрицательного давления и конструкции вакуумной камеры, оптимальные места взятия эпидермотрансплантатов (внутренняя поверхность плеча). Клинические результаты свидетельствовали о непосредственном участии трансплантированного эпидермиса в заживлении ран различного генеза (в 85,5% случаев). При формировании эпидермальных пузырей не требуется обезболивания, получение эпидермальных пузырей возможно с различных участков тела, что имеет значение при лечении

обширных кожных дефектов, сопровождающихся дефицитом кожи. Метод одноэтапной аутоэпидермопластики бескровен, сопровождается минимальной травматизацией донорского участка, реэпителизация которого наступает в течение 5-7 дней. Через 1,5-2 года на месте взятия эпидермиса каких-либо косметических дефектов не отмечалось.

Заключение. Вакуумно отслоенный эпидермис может быть использован в качестве кожного трансплантата при лечении ран различного генеза в конкретной клинической ситуации.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ ПУТЕМ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Мицкевич В.А., Пыжевский И.В.,
Гузаевский Ю.Н., Ославский А.И.,
Гольшко П.В.*

Гродно, Беларусь

Ректоцеле – это патологическое состояние, развивающееся вследствие недостаточности фасциально-мышечных структур задних отделов тазового дна. В настоящее время ректоцеле рассматривают как один из синдромов пролапса тазового дна, включающий в себя опущение стенок влагалища, цистоцеле, выпадение матки и ректоцеле. По данным различных авторов (Аминев А.М., 1971; Воробьев Г.И., 2001 и др.), ректоцеле различной степени страдает до 70% женщин в любом возрасте, чаще в пре- и менопаузе. Основными клиническими симптомами ректоцеле является затруднение при дефекации, необходимость «ручного пособия», неполное опорожнение. В 47-60% случаев проктогенного колостаз у женщин причиной его является ректоцеле (Voccasanta P. 2001) Существует ряд методик хирургической коррекции этой патологии, их можно разделить на 3 группы: -чрезвлагалищные (кольпоррафия, сетчатая пластика); -промежностные (передняя леваторопластика); -трансректальные (резекция избытка слизистой прямой кишки). Нам представляется перспективным и патогенетически обоснованным использование малоинвазивной методики слизисто-подслизистой резекции прямой кишки методом Лонго. По этой методике нами в период с декабря 2008 по март 2009 г. прооперировано 4 больных. Возраст больных от 34 до 62 лет. Предоперационное обследование включало сбор анамнеза, ректальное исследование, ректороманоскопию, ирригографию. У всех пациенток кроме ректоцеле был выявлен внутренний геморрой 1-2 ст., а у одной пациентки отмечалось выпадение слизистой прямой кишки. Методика операции практически не отличалась от таковой при геморроидопексии, однако кисетный шов накладывали на 1,5-2,0 см выше, что позволяло резецировать наиболее расширенный участок кишки. При прошивании передней стенки проводили визуальный контроль со стороны влагалища во избежание сквозного прошивания ректовагинальной перегородки. Длительность операции - 30 минут. Осложнений во время операции и в ранний послеоперационный период не было. Больные выписаны на 4-5 сутки. В ранние сроки после операций все больные отмечали улучшение: нормализовался акт дефекации, нет запора.

Выводы: 1. Аппаратная слизисто-подслизистая резекция прямой кишки является малоинвазивным и эффек-

тивным вмешательством при ректоцеле 1-2 ст. 2. Метод предпочтительно использовать при сочетании ректоцеле с хроническим геморроем и выпадением слизистой прямой кишки. 3. К выбору метода хирургической коррекции ректоцеле следует подходить индивидуально.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕФЕКТА ВЛАГАЛИЩНО-ПРЯМОКИШЕЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ЭНТЕРОЦЕЛЕ

*Мицкевич В.А., Нечипоренко А.Н.,
Можейко М.А., Нечипоренко Н.А.*

Гродно, Беларусь

Цель исследования. Анализ хирургического лечения энтероцеле с использованием синтетического сетчатого протеза, замещающего несостоятельную прямокишечно-влагалищную перегородку.

Материал и метод. Трансвагинальная коррекция энтероцеле с укреплением сетчатым протезом прямокишечно-влагалищной перегородки проведена 5 женщинам. Влагалищным доступом (задняя кольпотомия) выделяли брюшинный мешок и обрабатывали его как при грыжесечении. Для укрепления влагалищно-прямокишечной перегородки использовали хирургическую сетку «ЭСФИЛ ES3535 бело-синий». Протез прямоугольной формы размерами 6х3 см с ленточными «рукавами» по углам проксимального отдела протеза готовили во время операции. «Рукава» протеза проводили через крестцово-остистые связки, что и обеспечивало фиксацию протеза в нужном месте. Протез позволяет сформировать плотной фиброзной пластине между прямой кишкой и задней стенкой влагалища и предотвратить рецидив энтероцеле.

Результаты и обсуждение. Техника операции. Гидравлическая препаровка тканей задней стенки влагалища. Задняя продольная кольпотомия. Между передней стенкой прямой кишки и рассеченной стенкой влагалища тупым и острым путем выделяется брюшинный мешок и обрабатывается как при грыжесечении. Затем формируются ложе для протеза и каналы в параректальном пространстве для проведения «рукавов» протеза через правую и левую крестцово-остистые связки. Выполняются 2 разреза на коже ягодиц длиной 0,5 см справа и слева от анального отверстия (на 3 см латеральнее и на 3 см ниже). В один из этих разрезов вводится изогнутый перфоратор с надетым на него трубчатым проводником. Перфоратор продвигается вглубь под контролем указательного пальца, введенного в параректальное пространство и установленное на седалищной ости. Перфоратор проводится через крестцово-остистую связку и после удаления стилета перфоратора трубка-проводник выводится в рану влагалища. Такая же процедура выполняется и с другой стороны. Проксимальная часть протеза отдельными швами фиксируется к задней поверхности шейки матки или куполу влагалища (в случае ранее выполненной гистерэктомии) через разрез влагалища и весь протез укладывается в сформированное ложе между прямой кишкой и задней стенкой влагалища. «Рукава» протеза выводятся через просвет трубок-проводников на кожу ягодиц. Легким потягиванием за «рукава» протеза последний занимает нужное положение, купол влагалища или матка и передняя стенка прямой кишки протезом поднимаются вверх. Избыток «рукавов» отсекается у кожи. На раны влагалища и ягодиц накладываются швы. При осмотре пациентки через 6 месяцев рецидива энтероцеле нет.

Заключение. Примененный метод представляется перспективным в лечении энтероцеле, но требуются дальнейшие наблюдения для более обоснованных выводов.

ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Можейко М. А

Гродно, Беларусь

Цель исследования. Проанализировать особенности клиники желчекаменной кишечной непроходимости, показать сложность в диагностике данной патологии, определить тактику и лечение пациентов.

Материалы и методы. В клинике имели место 3 случая кишечной непроходимости, вызванные желчными камнями. Среди них были 2 женщины в возрасте 78 и 91 лет и мужчина – 85 лет.

Пациентка 78 лет поступила в клинику по ургентной хирургии с клиникой высокой кишечной непроходимости, проявляющейся постоянной рвотой через 30-40 минут после приема пищи. В анамнезе около 5 лет отмечала ноющие боли в правом подреберье. За медицинской помощью не обращалась. За 3 дня до поступления в клинику боли в правом подреберье усилились, появилась постоянная рвота. При поступлении состояние средней тяжести. Объективно: умеренная болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Грекова-Ортера, Мерфи. УЗИ – аппаратов в то время в клинике не имелось. При ФГДС в нисходящем отделе 12-перстной кишки выявлен несмещаемый желчный конкремент, перекрывающий просвет кишки. Больная экстренно, на следующий день оперирована. Во время операции: желчный пузырь сморщен, рубцово изменен, плотно сращен с 12-перстной кишкой, при отделении вскрыт его просвет. При этом выявлен камень размером 8х7х4 см, один полюс которого располагался в желчном пузыре, а второй в просвете нисходящего отдела 12-перстной кишки, перекрывая ее просвет. Произведено удаление камня, холецистэктомия, ушивание отверстия в 12-перстной кишке.

Пациенты 85 лет и 91 года поступили в клинику с признаками кишечной непроходимости, проявляющимися многократной рвотой, болями и вздутием живота. При этом пациент 85 лет за 3 недели до поступления в клинику находился на лечении в районной больнице по поводу калькулезного холецистита. Проведенное консервативное лечение привело к улучшению его состояния и он был выписан домой. Через 18 дней после выписки появилась клиника кишечной непроходимости. На УЗИ гепатодуоденальной зоны желчный пузырь небольшим размером без камней, с уплотненными стенками. У больной 91 года сбор анамнеза был затруднен из-за пресенильной деменции. У обоих больных объективно: имелось равномерное вздутие живота без перитонеальных симптомов, перистальтика сохранена. Ирригоскопия-графия у обоих пациентов неинформативна из-за невозможности удержания бариевой взвеси. Оба пациента оперированы по поводу кишечной непроходимости предположительно опухолевого генеза. Во время операции отмечено умеренное вздутие тонкого кишечника и в терминальном отделе выявлены у мужчины один конкремент, у женщины - 2, размерами 3х4х5 см. Произведено удаление камней с опорожнением тонкого кишечника и ушиванием этеротомного разреза. Все больные поправились.

Выводы. Желчекаменная кишечная непроходимость редкое, труднодиагностируемое заболевание, чаще всего проявляющееся неполной кишечной непроходимостью у людей пожилого и старческого возраста. При этом желчные камни, как правило, создают препятствие в наиболее узком терминальном отделе подвздошной кишки.

РАЗРАБОТКА НОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Неверов П. С., Кондратенко Г. Г

Минск, Беларусь

Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) имеет неуклонную тенденцию к росту, достигая 20 – 80 случаев на 100000 человек в год. Отмечается также постоянное увеличение частоты деструктивных форм до 11,5 – 64%, которые вносят основной вклад в летальность. Исследования показывают, что результат комплексного лечения ОП существенно зависит от состава вводимых средств, вплоть до эффекта «обрыва», который при своевременном применении достигается в 22-70% случаев, а у ряда больных ограничивается зона некроза поджелудочной железы. Прогресс в раскрытии некоторых молекулярных патогенетических механизмов создаёт предпосылки для разработки новых комплексов специфической терапии ОП.

Цель работы – обоснование и исследование новых возможностей патогенетического лечения ОП.

Материал и методы. Сравнительно недавно белорусскими учёными разработан инфузионный препарат нового поколения “Ладпулин”, который создан на основе ферментативно – расщепляемого полисахарида пуллулана.

Многие лекарственные средства, применяемые для лечения ОП, имеют короткий период полувыведения (аналоги соматостатина – 90 мин., гордокс – 150 мин). Доказано, что на ключевые звенья патогенеза ОП влияют эмоксипин, лидокаин, пентоксифиллин, которые также имеют короткий период полувыведения. В ходе радиолиза в молекулярных цепях пуллулана образуются оксикетонные и карбоксильные группы, которые участвуют в связывании и транспорте ковалентных низкомолекулярных соединений за счёт образования водородных связей. Поэтому проникновение низкомолекулярных лекарственных соединений в полимерную структуру Ладпулина может способствовать пролонгированию циркуляции необходимых лекарственных средств в крови при ОП. Для выявления совместимости этих препаратов без образования продуктов химического взаимодействия в растворе Ладпулина и определения реологических свойств полученных смесей были проведены исследования. Исследованы следующие сочетания препаратов: 1) Ладпулин + октреотид, 2) Ладпулин + эмоксипин + лидокаин, 3) Ладпулин + гордокс + пентоксифиллин. Смеси готовились *ex tempore* и инкубировались в термостате в течение 30 минут при *t* 36°C. Возможное образование продуктов химического взаимодействия лекарственных средств исследовалось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) с использованием хроматографа Agilent 1100 (США). Детектирование выхода компонентов смеси осуществлялось фотодиодной матрицей, измерялась оптическая плотность (D, ед. оптической плотности) на выбранной длине волны монохроматора. Реологические свойства по-

лученных смесей измеряли на ротационном вискозиметре Rheotest 2 (Германия). Определяли динамическую вязкость. Эффективность нового инфузионного лечебного комплекса при тяжелых формах острого панкреатита исследована в эксперименте (n=8). Модель тяжело-го ОП создавалась по разработанной нами методике.

Результаты. При хроматографическом исследовании свежеприготовленной вводной смеси эмоксипин+лидокаин установлено отсутствие химической реакции, которая могла бы привести к образованию нового соединения или разрушению ингредиентов смеси. Подобные результаты получены при исследовании хроматограмм смеси пентоксифиллина и гордокса. При исследовании графиков изменения динамической вязкости (? Па*с) в зависимости от скорости деформации сдвига (? с-1) установлено, что линии тренда исследуемых смесей не имеют существенных различий. Это свидетельствует о том, что реологические свойства ладпулина и его смесей с октреотидом, а также с эмоксипином и лидокаином является идентичными. Ладпулин и полученные смеси имели значения pH в пределе 5.2-5.45, при хранении в течение 10 суток значение pH не изменилось.

Изучение лечебной эффективности указанных смесей препаратов при лечении тяжелой формы острого панкреатита у лабораторных животных (n=8) показало существенные положительные результаты по сравнению с контролем (n=7). Такие результаты, по-видимому, обеспечены патогенетически обоснованным лечебным действием, улучшающим микроциркуляцию при одновременном пролонгировании эффекта лекарственных средств в системном и органном кровотоке.

Выводы.

1. При изучении водных смесей эмоксипина и лидокаина, пентоксифиллина и гордокса признаков их химического взаимодействия не выявлено.

2. Совмещение эмоксипина, пентоксифиллина, лидокаина, гордокса с ладпулином не приводит к изменению его вязкостных характеристик и уровня pH.

3. В эксперименте выявлена высокая лечебная эффективность новых инфузионных комплексов при тяжелых формах ОП.

ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФАГОЦИТАРНОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ

Е.В. Никитина

Витебск, Беларусь

Вегетативная нервная система (ВНС) наряду с другими механизмами участвует в регуляции звеньев системы иммунитета (СИ).

Цель. Изучение изменений в фагоцитарном звене СИ при разной функциональной активности ВНС в предоперационном периоде.

Материалы и методы. Обследован 41 пациент травматологического профиля, обоего пола, в возрасте 17–58 лет, госпитализированный для плановой операции, без гнойно-септических осложнений. Функциональный уровень (ФУ) ВНС изучали утром за 2 дня и 2 часа до операции, вычисляя вегетативный индекс Кердо (ВИ) и индекс минутного объема крови (QV_m), после чего проводили забор крови для анализа фагоцитарного звена СИ. Используя сочетание индексов, пациентов разделили на 4 группы: I (n=12) симпатотония на высоком ФУ

(ВИ+QV_m>1,0), II (n=6) симпатотония на низком ФУ (ВИ+QV_m<1,0); III (n=9) парасимпатотония на высоком ФУ (ВИ-QV_m>1,0), IV (n=14) парасимпатотония на низком ФУ (ВИ-QV_m<1,0). Метаболическая активность фагоцитов оценивалась с помощью НСТ тестов спонтанного (НСТт.сп.) и зимостимулированного (НСТт.ст.), а фагоцитарная активность нейтрофилов – с помощью фагоцитарного индекса (ФИ) и фагоцитарного числа (ФЧ). Сравнили показатели в каждой группе, а также между группами. Результаты обработали статистически.

Результаты. В предоперационном периоде в I гр. на фоне снижения ВИ от 12,01±6,63 до 5,62±6,64 и QV_m от 1,55±0,45 до 1,43±0,29 увеличились все показатели фагоцитарного звена СИ: НСТт.сп. от 14,67±5,43 до 15,5±3,0; НСТт.ст. от 52,17±5,04 до 53,42±6,23; ФИ от 63,33±4,72 до 64,42±5,62; ФЧ от 4,99±0,58 до 5,68±0,78. Во II гр. снизились показатели ВИ от 7,33±4,2 до 5,0±3,39 и QV_m от 0,80±0,16 до 0,78±0,14; НСТт.сп. не изменился (20,33±5,05; 20,33±6,05); НСТт.ст. снизился от 58,5±6,59 до 48,17±6,37. За 2 сут. до операции НСТт.сп. и НСТт.ст. были достоверно (P<0,05) выше I гр.; ФИ и ФЧ снизились от 57,5±2,51 до 56,5±3,94 и от 5,05±1,06 до 4,83±0,54 соответственно, став достоверно ниже I гр. В III гр. ВИ вырос от -16,68±14,49 до -17,3±15,17, а QV_m от 1,31±0,39 до 1,45±0,48. НСТт.сп. 18,89±5,28 (будучи достоверно выше I гр.) уменьшился до 15,78±3,77; НСТт.ст. снизился от 54,67±6,1 до 50,67±7,35; ФИ увеличился от 63,78±6,48 до 66,89±7,37; ФЧ снизился от 5,95±1,53 до 5,87±1,05. ФИ и ФЧ за 2 ч. до операции были достоверно выше II гр. В IV гр. ВИ увеличился от -1,38±17,01 до -30,23±22,96, а QV_m снизился от 0,72±0,22 до 0,69±0,17; НСТт.сп. увеличился от 15,43±3,71 до 16,79±4,64; НСТт.ст. увеличился от 51,5±6,92 до 53,36±5,5; ФИ снизился от 61,43±4,06 до 60,5±6,26; ФЧ выросло от 5,14±0,88 до 5,38±0,73.

Выводы.

1. Перед операцией у пациентов с преобладанием симпатотонии с высокой вегетативной реактивностью активность всего фагоцитарного звена СИ увеличивается, с низкой реактивностью – уменьшается.

2. У больных с преобладанием парасимпатотонии с высокой вегетативной реактивностью перед операцией снижаются показатели НСТт.сп., НСТт.ст., ФЧ, увеличивается ФИ, с низкой реактивностью – ФИ снижается, а НСТт.сп., НСТт.ст., ФЧ увеличиваются.

МИНИЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ, ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Пакляк-Вольский И.И., Стебунов С.С.,

Волошенко А.Н

Минск, Беларусь

Впервые показания к диагностической лапароскопии в общем виде сформулировал еще в 1921 г. R.Korbasch, отмечавший, что лапароскопию нужно применять в том случае, если прочие методики не помогают установлению диагноза и можно надеяться с ее помощью увидеть патологические изменения. Внедрение видеолапароскопии позволило довести диагностическую точность исследования до 95 – 100%. Дальнейшим логическим шагом в развитии лапароскопической хирургии стала минилапароскопия – исследованием лапароскопов и инструментов малого диаметра – 2-3 мм. Впервые минилапароскопическое исследование выполнено в

1977 году у 26 больных с тупой травмой живота (N.E. McSwain) 3-х мм лапароскопом. Развитие минилапароскопия получила в конце 90-х годов, когда начали производиться наборы соответствующих инструментов (1997 - MiniSite (Auto Suture), США; 1999 - «Аксиома». С-Петербург; 2005 - Gimmi. (Германия).

Целью настоящей работы явилась разработка и внедрение минилапароскопической технологии в плановой и экстренной хирургии.

Материалы и методы. Работа основана на данных применения минилапароскопии и миниторакоскопии у 226 больных. В плановой хирургии миниэндоскопическая методика применена нами при проведении торакокопической симпатэктомии, пункционной биопсии для диагностики заболеваний печени, селезенки, гинекологических заболеваний. В экстренной хирургии методика применяется для диагностики острой патологии органов брюшной и плевральных полостей, в том числе при сочетанной травме.

Результаты. Применение миниэндоскопической методики показало как недостатки, так и преимущества последней. Из недостатков можно указать на меньшую глубину резкости, что требует более близкого подведения оптики к осматриваемому объекту; малый диаметр оптического окна способствует его легкому загрязнению или «задуванию» подаваемым в брюшную полость газом; малый диаметр зажимов, уменьшенная поверхность их рабочей поверхности требует повышенной осторожности при захватывании и тракции органов. Продолжительность исследования составила в среднем 12,3 + 5,4 мин. При этом чувствительность метода – 99,2 %, специфичность – 80 %, точность исследования – 96,1 %. Результаты диагностической миниэндоскопии не отличаются от стандартной лапароскопии и торакокопии, при этом травматичность исследования значительно меньше. Несомненным преимуществом является также отсутствие необходимости во всех случаях общей анестезии и релаксации.

Необходимо шире применять в клинической практике. Необходимы более обширные исследования для определения четких показаний и противопоказаний к применению метода.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Подолинский С.Г., Мартов В.Ю., Становенко В.В.
Витебск, Беларусь

Сообщение основано на анализе лечения 1142 больных острым панкреатитом в условиях БСМП г. Витебска за период 2005-2008 гг. Тяжелый панкреатит следует изначально рассматривать как реанимационную патологию. В приемном покое по наличию признаков моноили полиорганной недостаточности проводится отбор больных, сразу требующих госпитализации в реанимационное отделение. Пациенты, поступившие в хирургическое отделение в состоянии средней тяжести и вначале не внушающие серьезного опасения в плане прогрессирования и осложнений панкреатита, требуют тщательного динамического наблюдения. В первые часы следует анализировать результаты лабораторных методов исследования: в общем анализе крови опасен лейкоцитоз (более 14 000/мкл), выраженное сгущение (Hb выше 150 г/л); в биохимическом анализе крови – очень высокая

или крайне низкая амилаземия, хилез, значительное повышение активности трансаминаз; в анализе мочи – низкая активность амилазы при ее высокой активности в крови.

Цель исследования. Не упустить момент перевода в реанимационное отделение пациентов, которые вначале не внушали опасений в плане тяжести панкреатита.

Лечение панкреатита включает адекватное обезболивание, вплоть до наращивания доз наркотических анагетиков и продленной перидуральной анестезии. Медикаментозная терапия должна включать октреотид и блокаторы желудочной секреции. Антибиотикотерапия строится по принципу эскалации. Инфузионная терапия под контролем ЦВД в объеме не менее 5 л в первые сутки. Экстракорпоральная детоксикация – в ферментной стадии тяжелого панкреатита методом выбора является биоспецифическая антипротеазная гемосорбция на «Овосорбе». Первая процедура проводится не позже чем через 12 ч после поступления. Кратность – от 1 до 6 сеансов. При развитии острой почечной недостаточности показано проведение продленной вено-венозной гемофильтрации до разрешения анурии и улучшения лабораторных показателей (мочевина, креатинин, калий). При недостаточной эффективности консервативной терапии в течение 1-2-х суток выполнение диагностической или лечебной лапароскопии становится обязательным. Обязателен контроль УЗИ и при необходимости пункция и дренирование жидкостных образований клетчатки, салниковой сумки (при объеме не менее 150-200 мл). Показания к хирургическому лечению выставляются при развитии гнойно-септических осложнений на основании клинической картины, лабораторных данных, УЗИ, данных КТ, цитологической и бактериоскопической оценки пунктата жидкостных скоплений. Тяжелое течение острого панкреатита с развитием панкреатогенного шока и неэффективность интенсивного консервативного лечения с использованием всех методов в течение 36-72 ч с момента поступления больного мы считаем показанием к оперативному лечению.

Вывод. Использование приведенной выше тактики лечения острого тяжелого панкреатита привело к снижению общей летальности до 1,49%, послеоперационной летальности до 9,3%.

ОПЫТ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ БЕЗ ОБХОДНОГО ВЕНО-ВЕНОЗНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Руммо О.О., Щерба А.Е., Дзядзько А.М., Болонкин Л.С., Пижиреня И.И., Шулейко А.Ч., Слободин Ю.В., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Сантоцкий Е.О., Минов А.Ф., Кулижкович И.Л., Харьков Д.П., Козич П.В., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И., Гордей Е.В.
Минск, Беларусь

Трансплантация печени (ТП) в настоящее время является единственным эффективным методом лечения пациентов с терминальными поражениями печени различной этиологии.

Цель. Показать первый опыт трансплантации печени в Республике Беларусь.

Материалы и методы. С апреля 2008 по апрель 2009 гг. в УЗ «9-ГКБ» г. Минска было выполнено 19 ортото-

пических ТП(ОТП). Мужчин было 8, женщин 11, средний возраст составил $43,7 \pm 3,7$ лет (26-58), средний балл MELD $18,7 \pm 2,85$ (6-35). Этиология: ПБЦ (n=8), болезнь Вильсона (n=2), хронический вирусный В гепатит (n=2), хронический вирусный гепатит С (n=1), опухоль Клячкина (n=1), с-м Киари (n=1), криптогенный (n=2), алкоголь (n=2). Методика ОТП: каво-кавопластика (n=1); классическая с интерпозицией донорской нижней полой вены (n=18); без обходного вено-венозного шунтирования. Билиарная реконструкция выполнялась по типу холедохо-холедохоанастомоза конец в конец (n=16) и холедохо-еюноанастомоза на выключенной по Ру петле (n=3). Использована 4-компонентная схема иммуносупрессии с циклоспорином (n=3) и такролимусом (n=16) в качестве основного препарата, для индукции иммуносупрессии использовался базиликсимаб, преднизолон, мофетил микофенолат.

Результаты. Первичная дисфункция трансплантата развилась у 5 пациентов. В одном случае развилось острое отторжение, оно было классифицировано морфологически как легкое (5 баллов) по схеме Banff и разрешилось после углубления иммуносупрессии. Средняя длительность операции ОТП составила $9,4 \pm 0,7$ часов (5-12); средний объем аппаратной реинфузии крови – 1667 ± 552 мл (500-7500); средняя длительность периода холодовой ишемии трансплантата и агепатического периода – $7,2 \pm 0,3$ часов (6,1-9) и $70 \pm 4,1$ минут (50-90), соответственно; средний срок госпитализации – $35,8 \pm 4,7$ дней (18-65). Выживаемость после ОТП составила 89,4%, длительность наблюдения от 2 нед. до 13 мес. Умерло 2 пациента: на 65 сутки после ОТП от полиорганной недостаточности на фоне сепсиса, пневмонии, легочной гипертензии с легочными кровотечениями; и на 11 сутки от внутримозговой гематомы. Осложнения развились у 8 пациентов: тромбоз порто-портального анастомоза (n=1); почечная недостаточность (n=6); внутрибрюшное кровотечение (n=1); стеноз печеночной артерии (n=1); желчный затек (n=1); стриктуры гепатикуса и холедоха (n=3); сепсис и бактериемия (n=3), пневмония (n=7). Все выписанные 17 пациентов вернулись к повседневной жизни и работе. В листе ожидания (ЛО) смертность составила 36% (n=14). Среди причин смертельного исхода пациентов в ЛО преобладали печеночная недостаточность, ГРС и кровотечение из варикозных вен пищевода/желудка.

Выводы. Трансплантация печени является единственным эффективным и радикальным методом лечения терминальных стадий диффузных заболеваний печени. Использование стандартизованных подходов для решения конкретных хирургических и анестезиологических задач при ТП, исключение маргинальных донорских органов, короткий период холодовой и тепловой ишемии позволили получить хорошие общие результаты ТП на этапе освоения методики.

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ РЕЛАПАРОТОМИЙ

*Рымагов Г.П., Барсуков К.Н.,
Лемешевский А.И., Бовтюк Н.Я.*
Минск, Беларусь

Целью нашего исследования явилось изучение частоты и причин релапаротомий в абдоминальной хирургии.

Материалы и методы. За 5-летний период (2003-2007 гг.) на базе 3-й ГКБ г. Минска и районной больницы г.

Борисова оперированы 14037 больных на органах брюшной полости. При ретроспективном анализе результатов лечения установлено, что релапаротомия была выполнена у 136 (0,97%) больных, у которых произведено 183 оперативных вмешательства. Женщин было 51 (37,5%), мужчин – 85 (62,5%) в возрасте от 1,6 года до 89 лет. Одна релапаротомия выполнена в 84,4%, две – в 11,5%, три – в 3,3% и четыре – в 0,82% случаев. В 89,9% наблюдений релапаротомия выполнялась после экстренных и 10,1% – после плановых операций.

Результаты: Установлено, что релапаротомии выполнялись у больных, оперированных по поводу острого аппендицита (11,8%), панкреатита (9,6%), острого холецистита (8,8%), тупой травмы живота (8,8%), рака ободочной кишки, осложненной кишечной непроходимостью 10,74%, и другой патологии. Если же рассматривать число релапаротомий по отношению к количеству операций, то картина выглядит следующим образом: 1-е место занимает язвенная болезнь, осложненная стенозом и пенетрацией (10,3%), затем – панкреатит (9,8%), тупая травма живота (9%), язвенное кровотечение (6,52%), перфорация рака ободочной кишки (5,8%). Острый аппендицит составляет лишь 0,36% случаев. Среди причин релапаротомии мы выявили 15 различных осложнений. Первые 5 мест заняли послеоперационные осложнения, на долю которых приходится более 85% всех осложнений, среди них абсцессы брюшной полости в 23,8%, внутрибрюшное кровотечение в 18,9%, разлитой послеоперационный перитонит в 13,2%, ранняя спаечная непроходимость в 10,7%, эвентрация в 9% наблюдений. Остальные осложнения наблюдались реже и встречались от 0,8 до 6,6% случаев.

Заключение. Согласно нашим данным, релапаротомия наблюдалась в 0,97% случаев среди больных, оперированных на органах брюшной полости, причем, подавляющее большинство больных (89,9%), оперированных по поводу острой абдоминальной хирургической патологии. Основными причинами релапаротомии (85%) служили отграниченный или распространенный послеоперационный перитонит, интраабдоминальное кровотечение, ранняя спаечная непроходимость и эвентрация.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Рымагов Г.П., Бовтюк Н.Я., Лемешевский А.И.
Минск, Беларусь

В последние 10-15 лет во всем мире уделяется большое внимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) как со стороны терапевтов, так и хирургов. По частоте применения хирургических методов лечения ГЭРБ вышла на одно из первых мест в хирургической гастроэнтерологии и заняла нишу, которая принадлежала язвенной болезни.

Целью исследования является обобщение нашего опыта оперативного лечения данной патологии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 316 больных, оперированных по поводу ГЭРБ. Чаще всего это были симультанные операции при наличии другой хирургической патологии, а именно: у 247 была язвенная болезнь (ЯБ), у 12 калькулезный холецистит (КХ), у 15 – нарушение дуоденальной непроходимости (НДП) и у 42 – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). У больных ЯБ, КХ и НДП корригирующая

операция на кардии выполнялась как симультанная, ГПОД – основная. Для лечения ГЭРБ мы разработали и применили 3 варианта фундоэзофагокрурорафии (ФЭКР). Первый вариант ФЭКР применен у 288, II-й – у 18 и III-й – у 25, фундопликация по Ниссену – у 45 больных.

Результаты. При изучении ближайших и отдаленных результатов клиника ГЭРБ исчезла у большинства больных. Лишь у 10,9% больных отмечались те или иные жалобы ГЭРБ. У 13 больных наблюдалась дисфагия после фундопликации по Ниссену, излеченная консервативно, у 110 (95,7%) из 115 обследованных в отдаленном периоде признаки ГЭРБ отсутствовали. Лишь у 5 (4,3%) отмечен рефлюкс-эзофагит легкой степени.

Заключение. Разработанные нами 3 варианта ФЭКР позволяют достичь хорошего лечебного эффекта при ГЭРБ, обусловленной недостаточностью и халазией кардии, ГПОД небольших и средних размеров. При больших ГПОД показана фундопликация по Ниссену.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

*Вьчагов Г.П., Попков О.В., Русинович В.М.,
Бородинец А.Л., Лемешевский А.И.*
Минск, Беларусь

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения стомированных больных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 89 историй болезни пациентов, которым было произведено восстановление кишечной проходимости в колопроктологическом отделении 3-й городской клинической больницы города Минска с 2004 по 2008 годы. Возраст больных был от 29 до 83 лет, мужчин – 52, женщин – 37. Стомы были наложены при заболеваниях неопухолевого генеза (дивертикулярная болезнь, острый панкреонекроз, язвенный колит, болезнь Крона) – 63, травмах ободочной и прямой кишок – 15, при злокачественных опухолях ободочной кишки – 11. Локализация стом: трансверзостомы (12), цекостомы (5), сигмостомы (65), илеостомы (7). Типы стом: одностольные (49), двустольные (20), пристеночные (5), петлевые (15). Перед выполнением оперативных вмешательств всем больным проводились ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, оценка функции запирающего аппарата прямой кишки. Реконструктивно-восстановительные операции проводились в сроки от 3 до 12 месяцев после формирования колостомы. Колоректальный анастомоз накладывался ручным – 46 и аппаратным способом – 28. Послеоперационные осложнения наблюдались у 15 больных (17%) – в 3 случаях свищи зажили после консервативного лечения, в 2 случаях выполнена релапаротомия с повторным формированием колостомы по поводу несостоятельности анастомоза. Нагноение послеоперационной раны отмечено в 10 случаях. Летальных исходов не было. Средние сроки пребывания в стационаре 20,4 к/дней (после операции 14,0 к/дней).

Выводы. Реконструктивно-восстановительные операции, являясь важной составной частью реабилитации стомированных больных, относятся к сложным пластическим операциям и должны выполняться в специализированных отделениях, имеющих достаточный опыт закрытия стом с учетом их типа, локализации и характера исходной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ВЫЗВАННОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

*Вьчагов Г.П., Попков О.В., Русинович В.М.,
Лемешевский А.И., Логаш Е.И.*
Минск, Беларусь

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения больных кишечной непроходимостью, вызванной колоректальным раком, и определить пути дальнейшего улучшения результатов лечения этой группы больных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 114 историй болезни пациентов, оперированных по экстренным показаниям по поводу обтурационной кишечной непроходимости, вызванной колоректальным раком, в 3-й городской клинической больнице города Минска с 2004 по 2008 годы. Возраст больных колебался от 30 до 88 лет, женщин было 54%, а мужчин 46%. Пациенты пожилого и старческого возраста составили 54 (47%).

Результаты. Распределение опухолей по локализации между ободочной и прямой кишкой было сравнимым, соответственно, 53% и 47%. В большинстве случаев диагностировались запущенные стадии рака. В первые 6 часов с момента поступления оперировано 27(24%) больных, в сроки от 6 до 24 часов – 18(16%). В сроки более 24 часов от момента поступления было оперировано 69 пациентов. Выполнялись различные оперативные вмешательства, в том числе: Гартмана – 23, наложение колостомы – 39, гемиколэктомии с резекцией ободочной кишки и первичным анастомозом – 30. Послеоперационная летальность составила 22,8% (n=20). Основной причиной неблагоприятных исходов следует признать перитонит, развившийся вследствие поздней обращаемости больных (позже 24 часов от начала заболевания поступило 78% пациентов); у 95% больных отмечены сопутствующие заболевания.

Заключение. Существует проблема выбора методов ранней диагностики и адекватного хирургического лечения больных колоректальным раком, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью, а также поиск путей снижения послеоперационной летальности.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ СОСТОЯВШЕМСЯ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

*Седун В.В., Завада Н.В., Шорох С.Г.,
Шорох Г.П., Тарасик Л.В., Журавлев А.Н.,
Богачев В.А.*
Минск, Беларусь.

Цель работы. Определить эффективность различных методов превентивного первичного эндоскопического гемостаза (ЭГ) у больных с состоявшимся кровотечением типа F ПА из язв различной локализации.

Материалы и методы. Тромбированный сосуд на дне либо по краю язвы определялся на первичной ЭГДС у 166 человек. При поступлении в клинику 160 из них был выполнен ЭГ, а шести пациентам гемостаз не выполнили по различным причинам. Мужчин было 113, средний возраст 46,5±15,8года. Женщин 53, средний возраст 60,4±16,7года. Сопутствующую патологию имели 82 (49,4%) человека. На фоне приема НПВС кровотечение из язвы возникло у 28 (16,9%) пациентов. Кровопотеря

легкой степени зафиксирована у 42 (25,3%), средней – у 41 (24,7%) и тяжелой – у 83 (50%) больных. Индекс АРАСНЕ III на момент поступления составлял $52,1 \pm 17$.

Результаты и обсуждение. Непосредственный отрицательный результат получен у 2 больных при попытке клипирования крупного сосуда 2 мм на дне хронической язвы желудка. В одном случае не произошло автоматическое отделение клипсы от клипапликатора и после сокращения желудка во время рвоты, сосуд с клипсой был оторван. В другом случае клипса прорезалась через ткани дна язвы вместе с сосудом. Оба пациента незамедлительно оперированы.

Рецидив кровотечения произошел у 26 (16,3%) пациентов. Не был зафиксирован только после применения клипирования. После этанола он наблюдался у 19 (22,1%) больных, меньше после этоксисклерола – 9,1%, монополяра – 11,1% и биполяра – 14,3%. Статистически значимое отличие по этому критерию отмечалось между группами этанола и клипирования ($p < 0,05$). У 6 пациентов с невыполненным гемостазом кровотечения рецидивировало в 100% случаев. Основное количество повторных кровотечений (62,5%) возникло в интервал 6-12 часов от выполнения ЭГ. Рецидивы кровотечения при невыполненном ЭГ возникли в первые сутки, причем, 2/3 до 12 часов после госпитализации.

Сохраняющийся высокий риск повторного кровотечения на контрольной ЭГДС отмечен после применения этанола у 8 (9,3%) и этоксисклерола у 3 (9,1%) больных.

Увеличение размеров язвы наблюдалось после монополярной коагуляции – 77,8% и этанола – 37,2%. Они достоверно отличались от всех других ($p < 0,01$). Применение клипирования и биполяра не приводило к увеличению размера язвенного дефекта. Причем группа клипирования отличалась от других при $p < 0,01$, а биполярной коагуляции при $p < 0,05$.

Скорость заживления отслежена у 147 больных. Фаза красного рубца фиксирована у 20 (13,6%), положительная динамика у 82 (55,8%), слабо положительная у 24 (16,3%) и отсутствие признаков заживления у 21 (14,3%) пациента. Несколько лучше язва заживала после применения клипирования, этанола и биполяра, хотя статистически достоверной зависимости не найдено.

Выводы. 1. После профилактического ЭГ рецидив кровотечения наступает в 16,3% случаев.

2. Наиболее эффективным инъекционным методом ЭГ является введение этоксисклерола, а не инъекционным – биполярная коагуляция с использованием зонда собственной конструкции (Патент №2245 от 30.12.2005г) и клипирование.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ СТРУЙНОМ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Седун В.В., Завада Н.В., Шорох Г.П., Шорох С.Г., Тарасик Л.В., Сологуб И.М.
Минск, Беларусь

Цель работы. Определить эффективность различных методов первичного эндоскопического гемостаза (ЭГ) у больных с кровотечением типа F IA из язв различной локализации.

Материалы и методы. Обследовано 72 пациента. Эндоскопически у них определялось струйное, активное кровотечение из артериального сосуда дна либо края язвы. Мужчин было 46, средний возраст $42,7 \pm 15,2$ года. Женщин 26, средний возраст $53,3 \pm 16,2$ года. Сопутству-

ющую патологию имели 39 (54,2%) человек. На фоне приема НПВС кровотечение из язвы возникло у 11 (15,2%) пациентов. Кровотечение легкой степени зафиксировано у 13 (18%), средней – у 20 (27,8%) и тяжелой – у 39 (54,2%) больных. Индекс АРАСНЕ III на момент поступления составлял $50,3 \pm 13,7$.

Результаты и обсуждение: используя методы ЭГ, кровотечение удалось остановить у 65 (90,3%) человек. Отличные непосредственные результаты получены при использовании клипирования, монополярной коагуляции, биполярной коагуляции, аюфера, капрофера – эффект в 100% случаев. Применяя инъекционную методику гемостаза этанолом кровотечение удалось остановить у 36 (87,8%) больных, этоксисклеролом у 9 (81,8%).

Кровотечение не остановлено у 7 (9,7%) больных. Источником его у 4 из них служили хронические язвы кардиального отдела (1) и малой кривизны (3) желудка, размером от 1 до 2 см. Язва ГЭА 1 см диаметром была у 2 больных и язва дуоденум 2 см диаметром у 1 пациента.

Рецидивы кровотечения произошли у 16 (24,6%) больных, после применения аюфера – 3, монополяра – 2, капрофера – 2. Особенно отметим, что после применения этанола с адреналином рецидив был фиксирован только у 13,9% пациентов, что значительно ниже, чем после этоксисклерола. После применения биполярной коагуляции рецидива кровотечения не зафиксировано. Основное количество рецидивов геморрагии (81,3%) возникло в интервал 6-48 часов, с пиком на 12-24 часах (43,8%) от выполнения ЭГ.

На контрольной ЭГДС высокий риск рецидива кровотечения отмечен у 9 (22%) больных после применения этанола, что потребовало выполнения повторного гемостаза с превентивной целью. Увеличение размеров язвы наблюдалось у больных после применения этанола и монополяра. По этому критерию данные методы проигрывают остальным.

Скорость заживления отслежена у 61 неоперированного больного. На 12-14 сутки фаза красного рубца зафиксирована у 18 (29,5%), положительная динамика у 16 (26,2%), слабо положительная у 18 и отсутствие признаков заживления у 9 (14,8%) больных. Зависимости динамики заживления от метода гемостаза не найдено.

Выводы. 1. ЭГ при струйном язвенном кровотечении эффективен в 90% случаев, рецидив кровотечения наступает в 24,6% случаев.

2. Наиболее эффективным инъекционным методом ЭГ является введение этанола с адреналином, а не инъекционным – биполярная коагуляция с использованием зонда собственной конструкции (Патент №2245 от 30.12.2005 г.) и клипирование.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Смотрин С.М., Кузнецов А.Г.

Гродно, Беларусь

Цель исследования. Провести анализ результатов хирургического лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями (ГНО) хронической артериальной недостаточности нижних конечностей (ХАННК).

Материалы и методы. Нами проанализирован опыт

лечения 273 больных с ГНО ХАННК. Причиной ХАННК у них явились: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей – 98 человек, ишемическая и нейроишемическая форма синдрома диабетической стопы – 168 больных, облитерирующий эндартериит – 7 пациентов. Вследствие наличия противопоказаний (уровня окклюзии, протяженности поражения сосудистого русла, возраста, наличия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния) больные не подлежали реконструктивным операциям на сосудах. Для оценки степени ХАННК и характеристики поражения артериального русла использовались клинические данные, реовазография, ультразвуковая доплерография, ангиография.

Выявленные морфологические изменения стопы были представлены гангренозными изменениями пальцев, иногда в сочетании с флегмоной стопы, а также гнойно-некротическими язвами, нередко в сочетании с деструкцией костей стопы, межфаланговых и плюснефаланговых сочленений.

Проводя анализ хирургического лечения, нами выделены три группы больных. Первую группу – 78 человек, составили пациенты, которым были выполнены т.н. «малые вмешательства» (вскрытие абсцессов, флегмон, некрэктомии). При этом акцент делался на своевременность операций, а также соблюдение принципов радикальности обработки гнойного очага и устранение путей распространения процесса.

Вторую группу – 81 человек, составили больные, у которых показания к высокой ампутации нижней конечности имелись на момент поступления:

- обширные, глубокие некротические изменения мягких тканей всех отделов стопы;
- влажная гангрена дистальных отделов стопы, сопровождающаяся развитием септического состояния;
- различные по морфологии деструктивные изменения стопы на фоне декомпенсированной ишемии конечности. Этим больным после кратковременной интенсивной подготовки были выполнены ампутации на уровне бедра – у 77 человек, ампутации на уровне голени – у 4 больных.

Третью группу – 114 человек, составили больные с гнойно-некротическими поражениями пальцев стопы, которым вследствие отсутствия критической ишемии стопы, сепсиса первично были выполнены ампутации пальцев (95 человек) и сегментов (19 человек) стопы. При выполнении дистальных ампутаций стопы (ДАС) у этих больных, нами были разработаны и внедрены усовершенствования в традиционную технику операций, направленные на уменьшение числа местных послеоперационных осложнений. Для оценки эффективности предлагаемой методики эта группа была разделена на две подгруппы: контрольная – 40 больных, оперированные по классической методике, и основная – 74 человека, которым ДАС выполнялись с применением усовершенствованной методики.

Результаты. Благодаря совершенствованию оперативной техники ДАС, показатель сохранения конечности удалось повысить с 70% до 88,3%. Процент больных с первично зажившей послеоперационной раной стопы, и, соответственно, не требующих в последующем длительного амбулаторного лечения увеличился в 3 раза. Койко-день снизился с 50,2 до 39,7.

ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Смотрин С.М., Шашкина Н.В.,

Дремлюк Ю.А.

Гродно, Беларусь

Чрезвычайно тяжелым осложнением плановых и экстренных операций на органах брюшной полости по поводу заболеваний и травм являются наружные кишечные свищи.

Целью нашего исследования явилось изучение результатов лечения больных с наружными кишечными свищами.

Проанализированы результаты лечения 37 больных в возрасте от 19 до 77 лет, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней № 2. Из них женщин было 17 (45,9%), мужчин – 20 (54,1%). С лечебной целью свищи были наложены 17 больным (колостомы – 12 больных, илеостомы – 5 больных). Как осложнение плановых операций – кишечные свищи наблюдались у двоих больных (5,4%). У 18 больных (48,6%) кишечные свищи возникли после экстренных операций на органах брюшной полости. Из них 8 больных были оперированы по поводу спаечной кишечной непроходимости, пятерым больным произведена резекция 2/3 желудка по поводу прободной язвы. Трое больных были оперированы в связи с закрытой травмой живота и повреждением двенадцатиперстной кишки. Один больной оперирован в связи с гангреной тонкой кишки на почве острой сосудистой недостаточности в бассейне верхней брыжеечной артерии и один больной оперирован в связи с острым аппендицитом. Причиной возникновения кишечных свищей при спаечной кишечной непроходимости явилась несостоятельность швов в зоне ушивания десертированных участков кишки. Свищи после резекции желудка возникли как результат несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки.

Больные с губовидными кишечными свищами были оперированы. Основным оперативным вмешательством являлась резекция участка кишки с наложением межкишечного анастомоза. В послеоперационном периоде умерло двое больных от осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Больным с трубчатыми неполными кишечными свищами (15 пациентов) в комплексном лечении применялись эластические obturatory из медицинского пенополиуретана. Obturatory вводились в свищевой ход для уменьшения потерь кишечного содержимого. Следует отметить, что постановка эластического obturatory приводит не только к уменьшению потерь кишечного содержимого, но и уменьшению мацерации кожи, а также способствует быстрой нормализации метаболических нарушений, вызванных потерей кишечного содержимого. По мере уменьшения просвета свищевого хода диаметр вводимого эластического obturatory уменьшался. У 13 больных трубчатые свищи закрылись самостоятельно, двое больных были оперированы. Произведена резекция участка кишки, несущей свищ с наложением межкишечного анастомоза.

Таким образом, лечение наружных кишечных свищей требует индивидуального подхода к выбору метода лечения. Больные с неполными трубчатыми свищами могут успешно лечиться с применением эластических obturatory

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ КОПЧИКОВЫМИ ХОДАМИ

Смотрин С.М., Меламед В.Д.

Гродно, Беларусь

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) в структуре больных с гнойными хирургическими заболеваниями составляет 5-8%. Несмотря на большое количество предложенных операций, результаты лечения остаются неудовлетворительными – рецидивы заболевания достигают 40%.

Цель работы – изучение результатов хирургического лечения больных с ЭКХ.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 62 больных с ЭКХ. Преобладали пациенты мужского пола (80,6%), городские жители составляли 83,8%. 40 (64,5%) пациентов были в возрасте от 16 до 35 лет. Использовались клинические, лабораторные и микробиологические методы исследования.

Результаты. У 50 больных с нагноившимися ЭКХ повышение температуры тела регистрировалось у 38 (61,3%), лейкоцитоз и повышение СОЭ отмечено у 44 (70,9%) пациентов. При микробиологическом исследовании гнойного отделяемого из ЭКХ выделялся *Staph. aureus* (34%), *Staph. saprophyticus* (18,7%), *Staph. epidermidis* (27,6%), грамположительные кокки семейства *Streptococcaceae* – в 17% случаев. Давность заболевания составляла 4,3 + 2,9 дней. Оперировано по экстренным показаниям 50 (80,6%) пациентов, которым производилось вскрытие нагноившихся ЭКХ с последующим дренированием.

12 пациентам со свищевой формой ЭКХ выполнялась радикальная операция – иссечение ЭКХ по методике, разработанной в клинике, смысл которой заключается в следующем. Выполняли иссечение свищевых ходов до крестцовой фасции. Для закрытия раневого дефекта производили вкол иглы в подкожную клетчатку на середине глубины раны с захватом дна и выколом на противоположной стороне напротив первоначального вкола. Затем вкалывали иглу на противоположной стороне в подкожную клетчатку с последующим выколом на коже, отступя 1,5-2 см от края раны. После этого на стороне вкола иглы в нескольких миллиметрах от края раны иглу проводили таким образом, чтобы она вышла на уровне середины слоя дермы. Вторым концом лигатуры выполняли аналогичное прошивание, подобно восьмиобразному шву. Расстояние между швами составляло 2 см. После радикальной операции раны заживали по типу первичного натяжения, гнойных осложнений отмечено не было.

Заключение. ЭКХ является распространенным заболеванием, приводящим к нарушению трудоспособности и вызывающим существенное снижение качества жизни пациентов наиболее активной возрастной группы. Вскрытие абсцесса ЭКХ всегда сопровождается рецидивом заболевания. В связи с этим незначительное количество пациентов, направляемых для планового оперативного лечения по поводу ЭКХ, свидетельствует о недостаточной диспансеризации. Радикальная операция при ЭКХ по методике, разработанной в клинике, позволяет устранить полости в глубине раны, хорошо адаптировать края, способствует снижению послеоперационных осложнений и рецидивов, сокращает сроки лечения и послеоперационной реабилитации больных.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Смотрин С.М., Меламед В.Д.,

Страпко В.П., Плеханов А.Н.

Гродно, Беларусь

Лечение острого панкреатита остается важной и сложной проблемой абдоминальной хирургии.

Цель исследования. Провести анализ лечебно-диагностической тактики при остром панкреатите.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 649 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в клинике хирургических болезней № 2 с 2004 года. Мужчин было 480 (73,0%), женщин – 169 (30,0%). В первые 2 часа с момента заболевания госпитализированы 30 (4,6%) больных, в течение 6 часов – госпитализировано 130 (20%) больных, в сроки свыше 24 часа с момента заболевания – 331 (51,0%) больной. По результатам проведенного обследования острый интерстициальный панкреатит диагностирован у 519 (80,0%) больных, а острый некротический панкреатит – у 130 (20,0%) больных. Диагностика острого панкреатита и оценка степени поражения поджелудочной железы (ПЖ) осуществлялась клинически, лабораторно и с применением таких методов как УЗИ, КТ, лапароскопия. Больным проводилась комплексная, интенсивная терапия, направленная на снижение секреторной активности ПЖ, купирование синдрома токсемии, профилактику вторичной инфекции, посиндромное лечение органных дисфункций. Оперативное лечение больных проводили на этапе формирования гнойно-некротических осложнений со стороны ПЖ, забрюшинного пространства и сальниковой сумки. Оперировано 58 больных с гнойными осложнениями некротического панкреатита, что составило 8,9% от общего количества больных. Пятерым больным с тотальным панкреонекрозом до развития гнойных осложнений произведена субтотальная резекция поджелудочной железы с последующими программируемыми оперативными вмешательствами и открытым методом дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства.

Результаты. У больных интерстициальным панкреатитом консервативная терапия привела к полному купированию процесса. Общая летальность при остром панкреатите составила 1,8%, при остром некротическом панкреатите – 9,2%. Из 5 больных с тотальным панкреонекрозом, оперированных до развития гнойно-некротических осложнений, умерло 2 больных. Летальность 40%.

Заключение. Лечение острого панкреатита должно включать интенсивную консервативную терапию и рациональную хирургическую тактику. При очаговых панкреонекрозах оперативное вмешательство показано в фазу развития гнойно-некротических осложнений. Больных с тотальным и субтотальным панкреонекрозом необходимо оперировать раньше. Показанием к операции должны являться не сроки секвестрации, а нарастающая полиорганная дисфункция, которая приводит к летальному исходу до развития гнойно-некротических изменений.

**К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ
ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

Сосинович Д.Г., Шиленок В.Н.

Витебск, Беларусь

Панкреонекроз – это одна из потенциальных форм внутрибрюшной инфекции, тяжёлого абдоминального сепсиса. Одной из причин высокой летальности является трудность дифференциального диагноза между бактериальным воспалительным процессом и инфицированным. Большинство известных методов исследования недостаточно специфичны для ранней диагностики фазы инфицирования и выявляют её с запозданием. При инфицировании увеличивается степень проникновения в кровеносное русло различных токсинов, в том числе и D-лактата, присущего только микроорганизмам.

Определение D-лактата в крови может свидетельствовать о степени повреждения и массивности инфицирования очага деструкции поджелудочной железы (или другого органа/ткани), в то время когда клинические данные и стандартные лабораторные показатели ещё не могут предоставить достоверной информации. «Нормальная» концентрация D-лактата в сыворотке крови здорового человека колеблется в пределах до 20 мг/л. Превышение этого порога может установить инфицирование, в то время как чувствительность других методов остается сомнительной.

Цель. Определение D-лактата в сыворотке крови больных острым панкреатитом в различные сроки от начала заболевания и сравнение полученных данных с результатами контрольной группы.

Материалы и методы. Исследование уровня D-лактата в крови проведено в двух группах: контрольная группа и исследуемая группа пациентов, страдающих острым панкреатитом. Концентрацию D-лактата определяли спектрофотометрическим способом на биохимическом анализаторе проточного типа Screen Master по методике Brandt RB и соавторов.

Результаты. В контрольной группе концентрация D-лактата в сыворотке крови не превышала допустимого порога нормы-20мг/л и колебалась от 11,2 мг/л до 18,17 мг/л. Средняя концентрация составила 15,198 мг/л. У 80% больных из исследуемой группы был выставлен диагноз «острый деструктивный панкреатит», у 20% – «отёчный панкреатит».

В результате исследования в течение первых 6 дней болезни у 1/3 больных были выявлены повышенные концентрации D-лактата: от 63,76мг/л до 42,83 мг/л. Концентрация D-лактата в сыворотке крови в более поздние сроки заболевания при «стерильном» панкреатите приближалась к «нормальному уровню» и соответствовала результатам традиционных клинических и лабораторно-инструментальных исследований, что можно объяснить эффективностью лечения (у 2/3 больных, включая больного с отёчным панкреатитом).

Посевы крови «на стерильность» в исследуемой группе были отрицательными. Достоверно выявлена корреляция между уровнем D-лактата и амилазой крови $s=0,311$ $p=0,019$; между D-лактатом и палочкоядерными лейкоцитами $s=0,514$ $p=0,00001$ и общим количеством лейкоцитов $s=0,11$ $p=0,4$.

Вывод. Увеличение концентрации D-лактата в крови может служить маркером начальных проявлений перехода асептического панкреонекроза в инфицированный.

**ВИЗУАЛЬНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ
ФЛЕБЭКТОМИЯ В УСЛОВИЯХ
ПОЛИКЛИНИКИ**

Старосветская И.С.

Минск, Беларусь

Цель исследования. Определить возможности хирургического лечения варикозной болезни с помощью ультразвукового исследования и применения современных миниинвазивных методик в условиях поликлиники.

Материалы и методы. В основу сообщения положены клинические наблюдения с 2000 г. по настоящее время – 727 пациентов. Для выполнения флебэктомий в условиях поликлиники необходимы соответствующие условия обеспечения операции, адекватное обезболивание. В 95,5% случаев оперативное лечение выполняется под местной анестезией, остальные – под внутривенным наркозом. В начальном периоде широко применялась криофлебэкстракция только варикозно измененных притоков, коммуникантных и несостоятельных перфорантных вен с частичным удалением стволов поверхностных вен (аппарат «КриоМетрум», Польша). В 2007 г. в практику лечения варикозной болезни нижних конечностей внедрен метод эндовазальной лазерной коагуляции основных поверхностных стволов, который позволяет ликвидировать вертикальный венозный сброс. Комбинация ЭВЛК с криофлебэкстракцией надежно устраняет горизонтальный сброс по несостоятельным перфорантным и коммуникантным венам. В последнее время для визуализации вен во время операции используется ультразвуковой контроль, что позволяет производить стволовую ЭВЛК без рассечения тканей, т.е. пункционным методом. После пункции и катетеризации вены, по катетеру проводится световод до устья БПВ (МПВ) под ультразвуковым контролем. При условии сохранения кровотока по глубоким венам, производится коагуляция БПВ (МПВ) на всем протяжении высокоэнергетичным лазером с длиной волны 0,94 мкм мощностью 25 -19W в импульсном режиме. Нами используется диодный лазерный аппарат «Медилаз-Д» немецкой фирмы «Дорнье». При необходимости выполнения кроссэктомии (диаметр БПВ у устья более 1,2 см в ортостазе) топическая ультразвуковая диагностика позволяет минимизировать разрез кожи с учетом локализации впадения основных притоков. Мелкие венозные стволы и перетоки удаляются из прокола кожи крючками Варади (по Мюллеру). Более крупные ветви удаляются криофлебэкстракцией или склерооблитерацией методом foam-form с использованием 1% или 3% раствора этоксисклерола.

Результаты. Малотравматичные методики позволяют производить эти вмешательства пациентам всех клинических групп в амбулаторных условиях без госпитализации по типу «хирургии одного дня». Пациент находится в «палате послеоперационного наблюдения» 2 – 4 часа, затем отправляется домой. Минимальная травматизация и рациональное уменьшение объема операции дают хороший косметический результат, быструю социальную адаптацию и уменьшение сроков нетрудоспособности в 2-3 раза.

СИНДРОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ: ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Сушков С.А.

Витебск, Беларусь

Цель – изучить состояние глубоких вен нижних конечностей при варикозной болезни (ВБ) и разработать комплекс лечебных мероприятий, направленных на коррекцию выявленных нарушений.

Материалы и методы. В работу включено 1834 пациента с ВБ. Проводилось клиническое обследование, а для оценки состояния глубоких вен ультразвуковое и рентгенологическое исследования. Произведено 915 корригирующих вмешательств на глубоких венах, применялись коррекция клапанов бедренной вены, резекция и дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен, эндоскопические вмешательства. При анализе результатов оценивались ближайшие и отдаленные результаты.

Результаты. Проведенные исследования показали, что частота выявления несостоятельности глубоких вен при ВБ варьирует в широких пределах и зависит от стадии патологического процесса, чаще недостаточность глубоких вен встречается в клинических классах С 4–С 6.

Патологические изменения глубоких вен полиморфны и могут встречаться на разных уровнях венозного русла. Развивающиеся при этом нарушения венозной гемодинамики обусловлены не только неадекватным функционированием клапанного аппарата, но и изменением функциональных свойств венозной стенки.

Вовлечение в патологический процесс глубоких вен при ВБ приводит к быстрому прогрессированию ХВН, характер и степень развивающихся нарушений зависит от вида, локализации, распространенности структурных и функциональных изменений в глубоких венах.

Полиморфизм патологических изменений, наблюдающихся в глубоких венах при ВБ, требует для всесторонней их оценки проведения комплекса современных инструментальных диагностических исследований. Только комбинированное применение ультразвуковых и рентгеноконтрастных методов позволяет получить наиболее полную информацию о морфологических и функциональных характеристиках венозного русла.

Оперативное лечение при вовлечении в патологический процесс глубоких вен следует проводить в ранние сроки, до развития тяжелых функциональных расстройств, объем должен избираться индивидуально с учетом выявленных нарушений венозной гемодинамики, оптимальным является комбинация различных вариантов корригирующих операций на нескольких уровнях, сочетающихся с вмешательствами на поверхностных и перфорантных венах.

Дифференцированный подход к выбору объема оперативного вмешательства при ВБ, основанный на учете характера патологических изменений не только в поверхностных, перфорантных, но и глубоких венах, является патогенетически обоснованным и позволяет существенно улучшить результаты лечения у этой категории пациентов. Больные ВБ, имеющие патологические изменения в глубоких венах, после перенесенных оперативных вмешательств нуждаются в диспансерном наблюдении и проведении поддерживающего консервативного лечения, препятствующего прогрессированию ХВН.

Вывод. Варикозную болезнь нижних конечностей, при которой выявляются структурные и функциональные нарушения в глубоких венах, следует выделять в отдельную форму, так как такой вариант заболевания отличается наличием специфических этиопатогенетических механизмов, характером клинического течения и требует использования особых тактических подходов при лечении.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕНКЕ ЗАДНИХ БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ ВЕН ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Сушков С.А., Мяделец О.Д., Самсонова И.В.
Витебск, Беларусь

Цель исследования. Сравнить патоморфологические изменения в стенке задних большеберцовых вен (ЗБВ) при разных формах варикозной болезни (ВБ).

Материалы и методы. Для изучения морфологических изменений в стенке ЗБВ при ВБ гистологические исследования выполнены у 134 больных, оперированных в клинике. Пациентам выполнялись одновременно с удалением поверхностных вен вмешательства на ЗБВ. Среди больных преимущественно были пациенты с недостаточностью глубоких вен (1 группа – 117 случаев). Пациентов с неизменными глубокими венами оказалось только 17 (2 группа). Для проведения сравнительного анализа были сформированы парные выборки. Каждому пациенту из 2 группы подбирались пара из 1 группы, сходная по полу, возрасту и длительности заболевания. В некоторых случаях пациенту 1 группы соответствовало 2 или 3 больных из 1 группы. В такой ситуации в исследование включались все соответствующие пациенты. В итоге в 1 группу вошел 41 больной.

Результаты. На основании гистологических исследований выделено 4 типа морфологических изменений:

- 1 тип – преобладание в венозной стенке гипертрофии;
- 2 тип – начинающийся склероз венозной стенки на фоне сохраняющейся гипертрофии;
- 3 тип – начинающаяся атрофия венозной стенки на фоне выраженного склероза;
- 4 тип – выраженная атрофия венозной стенки.

Частота встречаемости различных типов изменений в группах была следующей.

1 группа: 1 тип – 3/7,30%; 2 тип – 19/46,3%; 3 тип – 13/31,80%; 4 тип – 6/14,6%.

2 группа: 1 тип – 4/23,50%; 2 тип – 8/47,10%; 3 тип – 5/29,4%; 4 тип – 0/0%.

Как видно имеются существенные различия в двух группах по частоте встречаемости 1 и 4 типов ($p < 0,001$). В 1 группе значительно реже встречается 1 тип изменений, а во второй не зарегистрировано ни одного случая 4 типа изменений. Комплексная оценка показала, что в 1 группе гипертрофия выявлена у 22 (53,7%), а атрофия у 19 (46,34%) больных. Во второй группе гипертрофия выявлена у 12 (70,6%), а атрофия у 5 (29,4%) пациентов. Причем, если во второй группе имелись только признаки начинающейся атрофии (3 тип), то в 1 группе у 6/14,6% больных отмечалась выраженная атрофия. Отличается также и частота выявления склероза венозной стенки: 1 группа – 38 (92,7%); 2 группа – 13 (76,5%).

Развивающиеся атрофия и склероз стенки ЗБВ свидетельствуют о снижении ее упруго-эластических

свойств и являются, надо полагать, морфологической основой функциональной венозной недостаточности и причиной прогрессирования нарушений венозного оттока по глубоким венам. Выявленная у части больных гипертрофия венозной стенки развивалась, вероятно, как компенсаторная реакция в ответ на возникшие гемодинамические нарушения: гипертрофия приводила к повышению тонуса стенки вен и способствовала на каком-то из этапов заболевания сохранению нормального венозного оттока.

Выводы. 1. При недостаточности глубоких вен чаще выявляются атрофия и склероз, а у пациентов без недостаточности – гипертрофия. Это свидетельствует о существенных различиях в структурных изменениях в стенке ЗБВ при разных формах ВБ.

2. Атрофия и склероз приводят к снижению упруго-эластических свойств стенки ЗБВ и являются причиной нарушения венозного оттока по глубоким венам при ВБ.

**СОСТОЯНИЕ ГЛУБОКИХ ВЕН У БОЛЬНЫХ
ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ
КОРРИГИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Сушков С.А., Павлов А.Г.

Витебск, Беларусь

Цель исследования. Оценить эффективность коррекции гемодинамики в глубоких венах после оперативного лечения при варикозной болезни.

Материалы и методы. Произведено ультразвуковое триплексное сканирование бедренной (БВ) и задних большеберцовых вен (ЗБВ) в ранние и отдаленные сроки после выполнения экстравазальной коррекции бедренной вены (ЭВК), резекции (РЗВ) и дистанционной окклюзии задних большеберцовых вен (ДОЗВ).

Результаты. В раннем послеоперационном периоде обследовано 55 больных после ЭВК, 90 – РЗВ, и 75 – ДОЗВ и 15 после резекции одной и обтурации другой ЗБВ. Патологический ретроградный кровоток в БВ был выявлен в 3 (5,46%) случаях. Этот факт свидетельствует о том, что у некоторых больных не удается добиться полной коррекции клапанов БВ. В ранние сроки у подавляющего большинства больных кровотоков в ЗБВ после вмешательств отсутствовал на разном протяжении. После РЗВ в большинстве случаев кровотоков не регистрировался в ЗБВ на протяжении 5-7,5 см, после ДОЗВ на большем протяжении до 10-12 см. Таким образом, у большинства пациентов в ранние сроки реально удается добиться желаемых эффектов – ликвидации ретроградного кровотока в ЗБВ и перекрытия прямых перфорантов. УЗИ БВ было произведено через 1 год после ЭВК у 50 больных, 3 года – 38, 5 лет – 26. Корректируемый клапан был не состоятелен через 1 год у 4 (8%) больных, через 3 года – 7 (18,4%) и 5 лет – 5 (19,3%) пациентов. Состояние ЗБВ через 1 год после РЗВ оценено у 58, после ДОЗВ у 41 пациента. У 41 (70,7%) больного, которым была выполнена РЗВ кровотоков не определялся на расстоянии 5-10 см проксимальнее места вмешательства. После ДОЗВ у 32 (78%) больных кровотоков отсутствовал на протяжении 7,5-12 см. У остальных обследованных регистрировался невыраженный кровоток обычно в одной из вен на расстоянии 2-3 см от места вмешательства. Как показал ретроспективный анализ, во время операции им была выполнена или резекция обеих, или резекция одной и дистанционная окклюзия другой. Восстановление кровотока в этих ситуациях, на наш взгляд,

можно объяснить или развитием коллатералей, или реканализацией просвета. Через 3 и 5 лет обследовано после РЗВ 45 и 26 больных, после ДОЗВ 29 и 15 больных соответственно. У подавляющего числа обследованных, как и через 1 год после вмешательства, кровотоков в ЗБВ отсутствовал как после РЗВ, так и ДОЗВ. В целом следует отметить, что после вмешательств удается добиться стойкой блокады кровотока в дистальных отделах ЗБВ.

Выводы. Добиться эффективной коррекции клапанов БВ удается у подавляющего числа оперированных. В отдаленные сроки отмечается увеличение количества больных, у которых повторно появляется патологический ретроградный кровоток в БВ. Однако их число не превышает 20%. РЗВ и ДОЗВ также позволяет добиться стойкого прекращения кровотока в дистальной части ЗБВ у большей части больных как в ранние, так и отдаленные сроки.

**РОЛЬ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
СТОПЫ**

Сушков С.А., Павлов А.Г.

Витебск, Беларусь

Сахарный диабет является наиболее распространенной эндокринной патологией. Открытие в 20-х годах XX века инсулина позволило сохранить жизнь миллионам людей, страдающих данной патологией. Экзогенная инсулинотерапия и в настоящее время остается основным методом лечения больных инсулинзависимым сахарным диабетом. Однако увеличение продолжительности жизни больных привело к увеличению числа пациентов, что в свою очередь, обусловило развитие у них хронических осложнений диабета, таких как ангиопатия сосудов нижних конечностей, полинейропатия, развитие у больных синдрома диабетической стопы. Развитие вышеперечисленных осложнений является основной причиной ампутаций у данной категории больных.

Цель исследования. Определить роль пересадки островковых клеток в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы. В отделении гнойной хирургии 9 ГКБ г. Минска было прооперировано 3 больных с быстро прогрессирующей гангреной стоп. Больным была выполнена ксенотрансплантация культуры островковых клеток в изолированный участок большой подкожной вены. В пред- и послеоперационном периодах больным проводилась коррекция уровней гликемии, комплексная консервативная терапия.

Результаты. В послеоперационном периоде уровень гликемии составлял $8,34 \pm 1,43$ ммоль/л (до операции $14,8 \pm 1,56$ ммоль/л) со снижением инсулинпотребности до $25,0 \pm 6,0$ ЕД (до операции – $64,0 \pm 18,0$). В дальнейшем колебания уровней глюкозы крови были минимальными и составляли не более 2 ммоль/л в течение суток.

Особого внимания заслуживает течение гнойно-некротических поражений стоп. Спустя 2 недели после операций у пациентов отмечалось улучшение общего состояния: ограничение распространения гангрены, образование четкой демаркационной линии, что позволяло выполнить им малую ампутацию.

Выводы:

1. Трансплантация островковых клеток является важной составляющей в комплексном лечении осложненного сахарного диабета.

2. Применение клеточных технологий при лечении гнойно-некротических осложнений диабета позволяет уменьшить объем поражения конечностей и выполнять операции с сохранением опорной функции конечности.

3. Данное сообщение является первым результатом использования клеточных технологий в комплексном лечении гнойно-некротических осложнений сахарного диабета и требует дальнейшего глубокого изучения.

**НАПРАВЛЕННАЯ
ЭРИТРОЦИТОПОСРЕДОВАНАЯ
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ И
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЙ
ЛЕЙКОИММУНОЦИТАФЕРЕЗ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

Тарасенко А.В., Алексеев С.А.
Минск, Беларусь

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения у больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП).

Материалы и методы. Пролечено 16 больных с острым инфильтративным панкреатитом (п = 16) и 18 больных с ОДП. Этим пациентам после выполнения иммунологического мониторинга была выполнена гемоэкзфузия объемом 500 мл в строенный контейнер для заготовки крови с одновременным возмещением плазмопотери раствором гидроксиэтилкрахмала (волювен, рефортан). После центрифугирования и отделения плазмы и тромбоцитов (верхний слой) в один контейнер объемом 300 мл, в другом оставались лейкоциты с примесью эритроцитов (средний слой). После чего в основном контейнере объемом 500 мл оставалась только взвесь эритроцитов (нижний слой). После многократного отмывания лейкоцитов и эритроцитов в полученную эритроцитарную взвесь добавляли раствор натрия хлорида в соотношении 1:1, цефтриаксон в суточной дозе 2 г, пентоксифиллин и мексигел, а в лейкоцитарную взвесь вводили 6 мг полиоксидония с последующей инкубацией при 37,2 градуса С. После двукратного отмывания лейкоцитарной взвеси проводилась реинфузия эритроцитарной и лейкоцитарной взвесей. Контрольную группу составили 12 больных с традиционным введением лекарственных средств по стандартным схемам.

Результаты. После применения способа у всех больных основной группы отмечены: увеличение количества Т-активных лимфоцитов в 2,7 раза (п = 12), В-лимфоцитов в 3,5 раза (М-РОК) (п = 14), Т-хелперной в 1,74 раза (п = 20) и фагоцитарной активности нейтрофилов в 3,9 раза (п = 14). По отношению к контрольной группе на 7 сутки уменьшилось содержание триптофана и ди-тирозина для отечной формы (в 1,5 и 1,7 раза) и некротизирующих форм (в 4,5 и 3,2 раза; $p < 0,01$).

Выводы. Применение способа усиливает иммуномодулирующий эффект за счет восстановления активности Т-лимфоцитов; усиления фагоцитарной и функциональной активности нейтрофилов и макрофагов; угнетения процессов ПОЛ и модифицированного окисления белков.

**МЕСТО ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ
РЕЗЕКЦИИ В ХИРУРГИИ АРРОЗИВНЫХ
ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

*Тарасик Л.В., Шорох Г.П., Шорох С.Г.,
Палеев С.А., Седун В.В., Неверов П.С.*
Минск, Беларусь.

Хирургическая коррекция проксимальных поражений поджелудочной железы (ПЖ) на фоне аррозивных кровотечений – сложная задача абдоминальной хирургии.

Цель работы. Показать обоснованность выполнения панкреатодуоденальных резекций (ПДР) при множественных проксимальных поражениях ПЖ на фоне аррозивных кровотечений.

Материал и методы. С 2005 г. по май 2009 г. в Центре по лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями г. Минска по поводу аррозивных панкреатогенных кровотечений оперировано 56 человек. Ввиду обширности деструктивно-дегенеративных процессов в области головки ПЖ и сопредельных органов у 20 из них произведены ПДР. Возраст пациентов от 34 до 67 лет; мужчин – 17, женщин – 3. Все длительное время (5-12 лет) страдали хроническим панкреатитом. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, целенаправленных ЭФГДС, данных УЗИ, эндосонографии, СКТ, РХПГ.

Операции выполнялись по жизненным показаниям. Интраоперационно во всех случаях выявлялся обширный дегенеративно – деструктивный процесс в панкреатодуоденальной области с массивным разрушением желудочной стенки, нисходящей ветви ДПК, протоковой дилатацией и деформацией, аррозивным кровотечением, грубым рубцовым перипроцессом, кальцинозом и фиброзом в зоне магистральных сосудов.

Гастропанкреатодуоденальные резекции при поражении пилороантрального отдела желудка произведены в 4 случаях. Пилоросохраняющий вариант по принятой в клинике методике выполнен 14 пациентам, одному дополнен краевой резекцией воротной вены. 2 больным, ранее оперированным по поводу деструктивного панкреатита, объем операции расширен до дуоденопанкреатэктомии, в одном случае – с резекцией желудка, в другом – с сохранением начального отдела ДПК. Оперативные вмешательства всегда заканчивались последовательным формированием панкреато-, гепатико- и гастро- или дуоденоэнтероанастомозов на двух тонкокишечных петлях, выключенных по Ру, с адекватным дренированием зоны соустьев. На фоне выраженных нарушений гомеостаза, связанных с аррозивным кровотечением, такой вид реконструкции считаем наиболее безопасным и функциональным, так как он не только разобщает самый уязвимый в плане возникновения послеоперационных осложнений панкреатоэнтероанастомоз, но и позволяет обеспечить замедленное арелюксное поступление панкреатического сока и желчи в пищеварительный тракт.

При исследовании биопсийного материала в 13 случаях картина тяжелого деструктивного хронического воспаления ткани ПЖ с множественными очагами петрификации, гнойными кистозными полостями, выраженной дисплазией протокового эпителия, наряду с которыми у 7 больных выявлены комплексы аденокарциномы.

Результаты. В послеоперационном периоде в 2 наблюдениях отмечено кратковременное подтекание желчи по страховочному дренажу, которое не потребовало

никакой инвазивной коррекции. Релапаротомий, летальных исходов не было.

Выводы. Выполнение ПДР при множественных осложнениях проксимальных поражений ПЖ на фоне аррозивного кровотечения позволяет радикально, в пределах здоровых тканей удалить патологический очаг и произвести адекватный хирургический гемостаз.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Татур А.А., Леонович С.И., Гончаров А.А., Пландовский А.В., Кравченко Т.Н., Петчик И.В., Стахивич В.А., Климович А.Е.
Минск, Беларусь

Целью настоящего исследования явилась разработка рациональной классификации приобретенных трахеопищеводных свищей (ТПС) неопухолевого генеза.

Материал и методы. В Республиканском центре торакальной хирургии в 1994-2008 гг. находился на лечении 21 больной с ТПС. На основании их клинико-рентген-эндоскопического обследования и данных литературы разработана и внедрена в практику классификация ТПС.

Результаты. По этиологии ТПС были постинтубационными (52,4%), травматическими (33,3%), и послеоперационными (14,3%), причем, ятрогенный генез отмечен у 71,4% пациентов. По длительности течения ТПС в основном были хроническими (95,2%). Длительность 1 мес. была у 1 больного (4,8%), >1-2 мес. – у 9 (42,9%), > 3-6 мес. – у 8 (38,1%), >6 мес. – у 3 (14,3%). В сроки от 1 мес. до 20 лет у 90,5% пациентов отсутствовали признаки перифистулы и свищи были эпителизированы. У одного пациента через 2 нед. после перфорации пищевода и трахеи инородным телом зона свища была заполнена грануляционной тканью. ТПС у них закрылись при консервативном лечении, причем, во втором случае за счет тотальной облитерации пищевода. На основании рентгенэндоскопического (100%) и интраоперационного (85,7%) обследования нами определены основные параметры свищей. Все свищи имели овальную форму и локализовались в мембранозной части шейного (52,4%), на границе шейного и верхне-грудного (38,1%), верхне-грудного (4,8%), ниже-грудного (4,8%) отделов трахеи. Длина дефекта трахеи (размер в продольном направлении) варьировала от 0,6 см до 7 см: < 1 см – у 14,3%, 1-3 см – у 52,4%, > 3 см – у 33,3% больных, а ширина (размер в поперечном направлении) – от 0,5 см до 2,5 см: < 1 см – 38,1 %, 1 см – 61,9 %. Свищевой ход был представлен дивертикулообразным выпячиванием стенки пищевода с протяженностью <1 см у 47,6% пациентов, 1 см – у 52,4%. У 3 пациентов был выявлен клапанный механизм: при хроническом течении за счет гипертрофированной складки слизистой пищевода (2), при острым – гипергрануляций (1). У 10 больных (47,6%) ТПС сочетался со стенозом трахеи, причем, 9 из них были трахеостомированы. Разобщение ТПС с восстановлением функции трахеи и пищевода выполнено у 18 пациентов, консервативное лечение было эффективно у 2, один больной не оперирован и умер от пневмогенного сепсиса. Нам представляется, что ТПС следует классифицировать по следующим критериям: 1) по этиологии на постинтубационные, посттравматические, послеоперационные и воспалительные; 2) по длительности течения

на острые (до 1 мес.) и хронические (свыше 1 мес.); 3) по размерам трахеального дефекта: по длине на малые (< 1 см), большие (1-3 см), гигантские (> 3 см), а по ширине на узкие (< 1 см) и широкие (1 см); 4) по протяженности свищевого хода на короткие (<10 мм) и длинные (1 см); 5) по наличию клапанного механизма: на клапанные и бесклапанные; 6) по сочетанию с РСТ на изолированные и сочетанные; 7) по клиническому течению на неосложненные и осложненные (кахексия, рецидивирующая аспирационная пневмония, бактериальная деструкция легких, сепсис и др.).

Выводы. Предлагаемая нами классификация ТПС позволяет всесторонне оценить эту крайне сложную в плане диагностики комбинированную патологию трахеи и пищевода и выбрать оптимальный способ лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ЛОСКУТА ТИМУСА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТРАХЕЕ

Татур А.А., Леонович С.И., Гончаров А.А., Пландовский А.В., Кардис В.И., Попов М.Н., Скачко В.А., Климович А.Е.
Минск, Беларусь

Целью настоящего исследования явилась разработка методики поднятия васкуляризированного тимического лоскута (ВТЛ) и анализ результатов его клинического использования при реконструктивно-восстановительных операциях на трахее.

Материал и методы. Исследование выполнено на 30 свежих трупах, подвергшихся судебно-медицинскому вскрытию. Изучение анатомических параметров и особенностей кровоснабжения тимуса позволило разработать технику поднятия и перемещения к трахее ВТЛ. Проанализированы результаты применения ВТЛ при реконструктивных операциях при рубцовых стенозах трахеи (РСТ) и трахеопищеводных свищах (ТПС).

Результаты. В изученных 30 тимусах его доли были прочно фиксированы друг с другом. Длина левой тимической артерии (ТА) до капсулы – 35,1±1,0 мм, правой – 33,9±0,9 мм. Протяженность тимических вен, впадающих в левую плечеголовную вену (ЛПГВ) – 11,5±0,6 мм. Лигирование одной из сосудистых ножек с учетом интраимических сосудистых коллатералей позволяет переместить лоскут ко всем отделам трахеи. Реконструктивно-восстановительные операции на трахее с использованием ВТЛ из цервика-медиастинального доступа выполнены 34 больным. После мобилизации тимуса прецизионно выделяли обе сосудистые ножки с сохранением 1-2 крупных вен, впадающих в ЛПГВ. У 10 пациентов с большими и гигантскими ТПС пищевод выделяли из сращений ниже и выше свищевого хода, трахею – только в мембранозной части в зоне фистулы. При длинном (>1 см) свище проводили его прошивание аппаратным швом у стенок трахеи и пищевода, пересечение и наложение на пищеводную стенку второго ряда узловых швов. Короткий (<1 см) свищевой ход прошивали механическим швом только у стенки трахеи, пересекали, а образовавшийся продольный дефект стенки пищевода ушивали ручным швом. ВЛТ перемещали к ушитому с использованием избытка пищеводной ткани дефекту трахеи и фиксировали по его периметру в виде «заплат» узловыми швами. По разработанной методике разобщение ТПС успешно произведено у 10 больных. У 2

из них развилась несостоятельность ручных швов пищевода с формированием наружных свищей, которые были излечены консервативно. При РСТ у 24 больных была выполнена циркулярная резекция трахеи (ЦРТ) с формированием заднего полупериметра анастомоза непрерывным сквозным швом, а переднего – попеременными узловыми. ВЛТ проводили между трахеей и плечеголовным стволом справа налево и циркулярно окутывали им анастомоз в виде «муфты», а затем узловыми швами фиксировали к трахее выше и ниже линии швов. Межтрахеальный анастомоз наложен у 70% пациентов, гортанотрахеальный – у 30%. Признаки рестеноза развились у 5 больных. У трех из них была эффективна Nd-YAG -лазерная эндоскопическая реканализация, у двух потребовалось проведение этапной трахеопластики с формированием просвета трахеи на T-стенте. Хорошие отдаленные результаты получены у 91,7% оперированных больных.

Выводы. Разработанная методика поднятия и перемещения ВЛТ позволяет из единого цервикомедиастинального доступа эффективно ликвидировать дефект трахеи при ТПС, укрепить ларинго- или межтрахеальный анастомозы после ЦРТ у больных с РСТ, надежно изолировать линию трахеальных швов от пищевода и крупных сосудов.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТСТЕРНОТОМИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ГРУДИНЫ

Татур А.А., Кудин М.П., Пландовский А.В., Попов М.Н., Кардис В.И., Гончаров А.А., Скачко В.А., Михович И.Г., Жакенов Д.Ю.
Минск, Беларусь

Целью настоящего исследования явился анализ результатов диагностики и радикального хирургического лечения постстернотомического остеомиелита грудины (ПОГ) после кардиохирургических вмешательств.

Материал и методы. В Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделения торакальной хирургии 10-й ГКБ г. Минска в 2006-08 гг. оперированы 23 пациента с ПОГ.

Результаты. В 2006 г. в Центр госпитализировано 6 больных с ПОГ, в 2007 г. – 8, а в 2009 г. уже 9, что свидетельствует о тенденции увеличения этой тяжелой гнойно-септической патологии. Возраст пациентов варьировал от 35 до 72 лет, соотношение мужчин и женщин – 5 : 1. У 61% пациентов выполнены АКШ, МКШ, у 8% – операции на клапанном аппарате, у 31% – реваскуляризирующие вмешательства сочетались с протезированием или пластикой клапанов и др. У 95,6% пациентов выявлен сахарный диабет, 82,6% были мужчины, у 78% применялся АИК, 69,5% страдали ожирением, у 21,7% выполнено бимаммарное шунтирование и 13% оперированы на фоне ХОБЛ. Острая форма ПОГ (до 3-х нед. после операции) была у 11 больных (47,8%), подострая (3-6 нед.) – у 4 (17,4%), и хроническая (более 6 нед.) – у 8 (34,8%). Местная (легкая) форма ПОГ выявлена у 3 пациентов (13%), септико-пиемическая (тяжелая, стерномедиастенит) – у 17 (74%) и быстро прогрессирующая, токсическая – у 3 (13%). Диагностика ПОГ основывалась на данных сцинтиграфии, фистулографии, рентгенографии ОГК. Основным методом диагностики ПОГ сегодня является динамическая компьютерная томография, которая позволяет детально оценить локализацию

и степень деструкции грудно-реберного каркаса, состояние легких и средостения. У 67% пациентов идентифицирована внутрибольничная (синегнойная палочка, золотистый и эпидермальный стафилококк) флора, которая в 34,7% случаев имела множественную устойчивость к антибиотикам. Всем 23 пациентам было проведено комплексное лечение. Предоперационная подготовка в течение 2-3 недель была направлена на максимальную компенсацию сердечно-сосудистой недостаточности и сахарного диабета, санацию средостения и гнойных затеков. Больные переводились на прямые антикоагулянты. Операция заключалась в радикальном удалении деструктивно-измененной грудины и передних отрезков ребер с одномоментной монопекторальной (21,7%) или бипекторальной (78,3%) миопластикой дефекта грудной стенки с использованием краиальных концов прямых мышц живота. В послеоперационном периоде проводили целенаправленную антибактериальную и иммуноотерапию, вакуум-аспирацию с компрессионной зоны пластики пелотом и бандажной повязкой. Осложнения (нагноение раны, серома, гематома) отмечены у 12 больных (52%). Реабилитировано 92% больных. Умерло – 2 пациента (8%) от сепсиса и прогрессирующей сердечной недостаточности.

Выводы. При ПОГ показано комплексное лечение с проведением предоперационной подготовки и радикального вмешательства, включающего миопластику дефекта грудной стенки перемещенными васкуляризованными мышечными лоскутами, с проведением антибактериальной и иммуномодулирующей терапии в условиях специализированного Центра торакальной хирургии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Третьяк С.И., Прохоров А. В., Баранов Е.В., Глинник А.А., Ращинская Н.Т., Ращинский С.М.
Минск, Беларусь

Цель исследования. Течение хронического панкреатита (ХП), как правило, сопровождается постоянным или рецидивирующим болевым синдромом и рядом осложнений, требующих хирургического лечения. Среди них по частоте встречаемости и значимости можно выделить следующие: интрапанкреатические и парапанкреатические кисты поджелудочной железы (ПЖ) – 40-60%; увеличение головки ПЖ воспалительного характера – 30-50%; стеноз интрапанкреатической части холедоха (ИПЧХ) – до 50%; стеноз главного панкреатического протока (ГПП) в препапиллярной зоне – 40%, стеноз двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 5-10%. Целью нашего исследования являлась оценка эффективности различных видов дренирующих и резекционно-дренирующих операций на купирование синдрома боли и различных осложнений у пациентов, страдающих ХП.

Материалы и методы. В период с 2002 -2008 гг. на базе отделения хирургической гепатологии пролечено 2294 пациента с различными этиологическими формами ХП. Из них оперировано 669 пациентов (29,2%). До операции протокол обследования включал трансабдоминальное УЗИ (в последнее время дополнен эндосонографией – ЭУС), ФГДС с осмотром и биопсией зоны БДС (в ряде случаев РХПГ), СКТ ОБП, МРТ-холангиографию. У 8 больных выполнена тонкоигольная биопсия головки ПЖ под контролем УЗИ.

Результаты. С учетом результатов обследования и этиологической причины ХП спектр хирургических вмешательств был следующим. У 144 пациентов, страдавших билиарным ХП, была выполнена холецистэктомия с интраоперационной холангиографией и последующей холедохостомией по Холстеду. Послеоперационная летальность – 0,69%. В случае наличия стеноза ИПЧХ, выявленного у 134 больных, хирургическое вмешательство закончено наложением супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза. При наличии кистозных поражений у 87 пациентов выполнена аспирационная санация с наружным дренированием под контролем УЗИ. У 163 больных наружное дренирование выполнено после лапаротомии с некрсеквестрэктомией. Летальность в этой группе составила 16,4% и была связана с прогрессированием гнойно-некротического процесса. При наличии кистозных поражений в 49 случаях хирургическое вмешательство закончено одним из трех вариантов внутренних дренирующих операций: цистопанкреатогастростомия, цистопанкреатодуоденостомия, цистопанкреатоэнтеростомия. При наличии увеличения головки ПЖ с синдромом холестаза у 32 больных была выполнена проксимальная резекция головки ПЖ в вариантах пилоросохраняющей или гастропанкреатодуоденальной резекции (летальность – 3,13%). Дистальная резекция ПЖ со спленэктомией в связи с локализацией осложнений в области хвоста ПЖ выполнена у 14 больных (летальность – 14,28%). Панкреатикогастростомия (операция Pain – Knight) или панкреатикоэнтеростомия (операция Partington – Rochelle или операция Frey) были выполнены у 41 пациента. В случаях некомпенсированного течения панкреатогенного сахарного диабета в 5 случаях выполнена ксенотрансплантация β -клеток ПЖ.

Болевой синдром в отдаленном периоде рецидивировал у 19% пациентов из группы пациентов с алиментарно-токсическими причинами ХП, злоупотребляющих алкоголем.

Выводы. На выбор адекватного хирургического пособия при ХП влияет локализация основного патологического очага в ПЖ, предшествующее лечение и вероятность малигнизации процесса. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что необходимо дальнейшее изучение вопросов патогенеза и принципов хирургического лечения, осложненных форм ХП, что позволит в последующем выработать рациональный этиопатогенетический алгоритм по срокам и методам хирургических вмешательств.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРЫХ И ФОРМИРУЮЩИХСЯ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Третьяк С.И., Прохоров А.В., Баранов Е.В., Ращинский С.М., Ращинская Н.Т.
Минск, Беларусь

Цель исследования. Псевдокистой в патоморфологическом понимании процесса является любое панкреатическое скопление жидкости (ПСЖ), существующее более 4-6 недель и имеющее фиброзную оболочку без эпителиальной выстилки. Такое скопление жидкости состоит из разнообразных комбинаций: тканевой жидкости, панкреатического сока, некротических тканей, крови и воспалительных элементов и не имеет собственной капсулы. ПСЖ ограничивается либо грануляционной или фиброзной тканью (экстрапанкреатическая локализация),

либо непосредственно тканью поджелудочной железы (интрапанкреатическая локализация). Формирование интрапанкреатических и перипанкреатических кист после эпизода перенесенного панкреатита, по данным литературы отмечается у 20- 60% пациентов, что и определяет актуальность оптимизации тактики их хирургического лечения, которая в большинстве случаев ограничивается выжидательной тактикой.

Материалы и методы. В период с 2002 по 2008 гг. на базе отделения хирургической гепатологии находилось на стационарном лечении 3213 пациентов с различными формами острого (ОП – 919) или хронического панкреатита (ХП-2294). Различные виды ПСЖ или кист поджелудочной железы (ПЖ) верифицированы у 491 пациента (15,3%). Из них различные виды хирургических вмешательств, как малоинвазивные под контролем ультразвукового исследования (интервенционное УЗИ), так и из лапаротомного доступа с наружным или внутренним дренированием (цистогастростомия – ЦГА, цистодуоденостомия – ЦДА, цистоеюностомия – ЦЕА) были осуществлены у 331 больного (67,5%). Однако, исходя из сроков заболевания и характера морфологических находок, в группу с острыми или формирующимися кистам ПЖ отнесено 196 пациентов.

Результаты. Интервенционная ультрасонография выполнена у 108 пациентов, что позволило выявить несколько типов ПСЖ: прогрессирующий (25%), пульсирующий (10%), не изменяющийся (24%) и регрессирующий (41%). Скопление жидкости, как правило, выявлялось в салъниковой сумке, в паранефральном пространстве (чаще слева), по ходу брыжейки поперечной или нисходящей ободочной кишки, а также в разных отделах брюшной полости. Тактика зависела от типа ПСЖ (аспираторная санация или дренирование). Объем удаленного содержимого колебался от 30 до 2500 мл. Характер содержимого зависел от сроков возникновения очагов деструкции в ПЖ и прилегающих клетчаточных пространств. У 37 больных выполнялось дренирование нескольких зон ПСЖ (от 2 до 4), включая брюшную полость. Во всех случаях выполнение ранних своевременных малоинвазивных вмешательств под УЗИ контролем при ПСЖ и/или в сочетании с видеоэндоскопической санацией брюшной полости при ферментативном перитоните способствовало снижению синдрома системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции органов-мишеней (сердце, ЦНС, лёгкие, почки, печень, ЖКТ).

При верификации секвестров в просвете ПСЖ, размеры которого превышали 40 мм (91 больной) была выполнена лапаротомия с некрсеквестрэктомией. В связи с тем, что кистозная полость у 54 пациентов была ограничена прилежащими стенками желудка или кишечника, оперативное пособие закончено наружным дренированием. В случае наличия элементов формирования фиброзной оболочки выполнены различные варианты внутреннего дренирования: ЦГА в 14 случаях, ЦЕА у 19 больных и ЦДА – 4 пациентов. Вариант анастомоза определялся зоной локализации ПСЖ. Если ПСЖ локализовалось в непосредственной близости от двенадцатиперстной кишки, то предпочтение было отдано наложению ЦДА. При локализации кисты в зоне тела или хвоста ПЖ операция закончена наложением ЦЕА или ЦГА. Несостоятельности наложенных цистодигестивных анастомозов в послеоперационном периоде у пациентов

этой группы не отмечено. Восстановление трудоспособности и улучшение показателей качества жизни быстрее наступало в группе пациентов, которым выполнены внутренние дренирующие операции.

Выводы. При наличии ПСЖ целесообразно применение малоинвазивных хирургических вмешательств (аспирационная санация или наружное дренирование под контролем УЗ аппарата). Если в случае верификации диагноза имеются признаки формирования фиброзной оболочки ПСЖ, то с целью улучшения результатов хирургического лечения целесообразно применение различных вариантов внутренних дренирующих операций (ЦГА, ЦДА, ЦЕА).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Третьяк С.И., Синило С.Б.,
Ращинская Н.Т., Савченко А.В.
Минск, Беларусь*

Целью исследования явилось изучение вариантов хирургических операций для коррекции желчнокаменной болезни (ЖКБ), осложненной холедохолитиазом (ХЛ).

За изучаемый период в отделении хирургической гепатологии УЗ 9 ГКБ и БСМП пролечено 3990 больных с ЖКБ и ее осложнениями. С ХЛ было 270 больных, что составило 6,77%. По экстренным показаниям поступило 1471 больной, в том числе 97 (6,59%) с ХЛ. В плановом порядке поступило 2519 больных, в том числе 173 (4,34%) с ХЛ. Возраст больных колебался от 16 до 95 лет и в среднем составил 69,7 год.

Все больные с ХЛ оперированы, не зависимо от возраста и сопутствующей патологии. При множественном микрохоледохолитиазе или одиночных крупных камнях в холедохе в сочетании с протяженными стриктурами терминального отдела холедоха выполнялись реконструктивные операции после холецистэктомии и холедохолитотомии: 89 (32,96%) больным накладывались холедоходуоденостомы, а 11 (4,07%) – гепатикодуоденостомы однорядным непрерывным швом по Юрашу – Виноградову.

В остальных случаях выполнялись восстановительные операции. Холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией, непрерывным швом холедоха и дренированием холедоха по Холстеду выполнена 69 (25,56%) больным, а с дренированием по Керу – 8 (2,96%). Показанием к дренированию по Керу явились холангит и техническая невозможность холедохостомии по Холстеду. Интраоперационная телехолангиоскопия выполнялась 25 (9,26%) больным при остром процессе в случаях недиагностированного данного осложнения до операции.

Показаниями для выполнения малоинвазивных восстановительных операций явились наличие мелких и средних камней в холедохе при хроническом процессе и в случаях эффективного консервативного лечения в течение 3 – 5 суток при остром процессе. Эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена 40 (14,8%) больным с наличием мелких камней в холедохе, которые отходили самостоятельно. В последующем выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду и ИТХС с целью контроля отсутствия камней в холедохе. ЭПСТ с извлечением камней с помощью корзинки Дормиа выполнена 49 (18,15%) больным. Всем этим больным выполнялась

контрольная ретроградная панкреатохолангиография. В последующем выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Послеоперационные осложнения возникли у 9 больных, что составило 3,33% от больных с ХЛ и 0,23% от всех оперированных больных. Были выявлены осложнения: правосторонняя нижнедолевая пневмония у 4-х, внутрибрюшное кровотечение из ложа желчного пузыря у 2-х, желчеистечение по контрольному дренажу в первые 3-5 суток после шва холедоха у 1-го, холангиогенные множественные абсцессы печени у 1-го, несостоятельность швов ХДА у 1-го пациентов.

Среднее пребывание больных в стационаре составило 18,7 койко-дней. Умерло 4 (1,48%) больных. Средний возраст умерших составил 80,7 лет. Все больные страдали тяжелой сопутствующей патологией.

Таким образом, холедохолитиаз является достаточно частым и тяжелым осложнением желчнокаменной болезни. Считаем наиболее рациональными методами хирургической коррекции малоинвазивные методики: ЭПСТ с извлечением камней в сочетании с лапароскопической холецистэктомией. При сочетании холедохолитиаза с протяженными стриктурами холедоха считаем оправданным наложение анастомозов, и предпочтение отдаем ХДА.

ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА

*Третьяк С.И., Хрыщанович В.Я., Горанов В.А.
Минск, Беларусь*

По данным разных авторов, частота перманентного послеоперационного гипотиреоза (ПОГ), связанного с радикальными вмешательствами на щитовидной железе (ЩЖ), составляет 1,7-68%. Традиционная заместительная гормонотерапия не во всех случаях положительно решает данную проблему.

Цель исследования – разработать эффективный хирургический способ лечения ПОГ путем ксенотрансплантации тироцитов в артериальное сосудистое русло больным, перенесшим радикальные операции на ЩЖ. Культуру тироцитов для пересадки получали от плодов кроликов третьего триместра беременности по методикам O. Kotsgrén и В.Н. Блюмкина. Перед трансплантацией суспензию тироцитов помещали в синтетическую микропористую капсулу размером 5x30 мм с диаметром пор 1-2. Внутрисосудистая ксенотрансплантация культуры клеток ЩЖ выполнена 3 женщинам, страдающим ПОГ с длительностью заболевания не менее 10 лет. Возраст больных составил 39, 55 и 69 лет. Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Период посттрансплантационного наблюдения – 30, 36 и 38 месяцев. У всех пациентов щитовидная недостаточность развилась после перенесенной тотальной тиреоидэктомии. Сцинтиграфия ложа ЩЖ реципиентов подтвердила радикальный характер тиреоидэктомии. Несмотря на постоянное наблюдение эндокринолога, периодическое стационарное лечение в эндокринологических клиниках, течение ПОГ было резистентным к медикаментозной заместительной терапии. Отчетливый положительный клинико-лабораторный эффект был отмечен у реципиентов после внутрисосудистой ксенотрансплантации клеток ЩЖ на протяжении всего периода наблюдения. Самочувствие паци-

ентов оставалось удовлетворительным, клинические признаки ПОГ (отеки, повышенная утомляемость и сонливость) исчезли. На фоне снижения гормонопотребности в L-тироксине на 55-75%, показатели тиреоидных гормонов оставались на уровне физиологических значений: FT4 – 17,49 пмоль/л, FT3 – 4,73 пмоль/л. Как до, так и после операции уровень антитиреоидных антител в сыворотке крови не превышал допустимых значений. Ультразвуковое исследование артерий в зоне трансплантации выявило фиксированную капсулу в просвете глубокой бедренной артерии, признаков тромбоза и сужения артерии не отмечено. Исследование захвата Tc99m через 6 месяцев после ксенотрансплантации культуры тироцитов в глубокую бедренную артерию реципиента выявило изолированную область интенсивного накопления радиофармпрепарата в проекции трансплантата.

Таким образом, наш небольшой клинический опыт, касающийся трансплантационного лечения ПОГ, позволяет сделать предварительные выводы: использование в клинике ксеногенной эндокринной ткани позволяет решить проблему дефицита аллогенного донорского материала и открывает новые возможности использования свободной трансплантации культуры тироцитов в лечении больных с тяжелыми формами ПОГ.

**О НЕОБХОДИМОСТИ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ
РУТИННОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО
МОНИТОРИНГА**

Трухан А.П.
Минск, Беларусь

Цель исследования – определить возможности рутинного микробиологического мониторинга (выделение микроорганизмов с последующим определением чувствительности к антибактериальным препаратам) для коррекции антибактериальной терапии при лечении распространенного перитонита.

Материал исследования – работа основана на анализе результатов посевов (изучался только аэробный спектр возбудителей), полученных от 111 больных с распространенным фибринозно-гнойным и каловым перитонитом, лечившихся в отделениях экстренной и гнойной хирургии УЗ «2-я ГКБ» г. Минска. Изучено 105 посевов экссудата из брюшной полости и 31 посев раневого отделяемого. Чувствительность выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам определяли диско-диффузионным методом Керби-Бауэра и с помощью автоматизированных систем (ATB Expression, Vitek). Результаты и обсуждение. При анализе 105 посевов патологического содержимого брюшной полости было установлено, что в 28 случаях (26,6%) посев не дал роста микроорганизмов, в 9 случаях (8,6%) определялись дрожжевые грибы *Candida*, что также рассматривалось нами как отсутствие результата.

Таким образом, в 37 случаях (35,2%) результаты посевов оказались неинформативными, т.е. не дали ожидаемых результатов, необходимых для последующей корректировки проводимой антибактериальной терапии. Доля информативных посевов зависела от этиологии перитонита, однако даже при перитонитах, вызванных заболеваниями кишечника, при наличии гнойного и калового содержимого в брюшной полости, доля информативных посевов составила лишь 84,2%. Это указывает на недостаточную информативность микробиологи-

ческих исследований, что требует дальнейшего совершенствования технических и организационных вопросов. Также были проанализированы сроки получения результатов посевов от момента забора материала. Основная часть результатов (63,9%) была получена на 3-4 сутки после начала антибактериальной терапии, 20,6% – на 5 сутки. Отметим, что часть результатов доставлялась только на 6 и 7 сутки (8,1% и 7,4%, соответственно). Учитывая тот факт, что основная задача антибактериальной терапии – массивное воздействие на возбудителей заболевания в течение первых 2-3 суток, следует признать, что позднее получение результатов микробиологического исследования не позволяет эффективно проводить антибактериальную терапию. Более того, назначение больному антибактериальных препаратов, которые не оказывают влияния на микроорганизмы, наносит и экономический ущерб лечебно-профилактическому учреждению. Необходимо оснащение микробиологических лабораторий современным оборудованием, позволяющим давать результаты бактериологических исследований в первые 6-12-24 часа.

**ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО
ПАРАПАНКРЕАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ
НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО
ИЗЛУЧЕНИЯ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ**

*Ушкевич А.Л., Жандаров К.Н., Белюк К.С.,
Шляхтин С.В., Прокопчик Н.И., Михович Т.И.*
Гродно, Минск, Беларусь

Цель исследования. Разработать способ лечения острого деструктивного парапанкреатита в эксперименте с применением фотодинамической терапии, определить дозы фотосенсибилизатора для лечения деструктивных процессов в забрюшинной клетчатке, определить кратность введения и облучения низкоинтенсивным лазерным излучением.

Материалы и методы. В эксперименте в качестве лабораторных животных использовались кролики обеих полов массой около 3,1±0,2 кг. Под внутривенным наркозом, в асептических условиях производились лапаротомия, мобилизация дистальной части поджелудочной железы, перемещение её в клетчатку забрюшинного пространства, травматизация её паренхимы, введение в паренхиму железы микробной взвеси с последующим ушиванием париетальной брюшины над травмированной частью железы. Рана послойно ушивалась. Через 24 часа проводили повторную лапаротомию. В брюшной полости находили признаки панкреатита, парапанкреатита, подтверждаемые макроскопическими, гистологическими и лабораторными исследованиями. В очаг деструкции в забрюшинной клетчатке вводили шприцом фотолон. Накладывали на рану провизорные швы. Спустя 1 час после введения фотолона швы с раны снимали, производили облучение низкоинтенсивным лазерным излучением забрюшинную клетчатку в месте развития воспаления в течение 10 минут. Использовали при этом аппарат лазерный Родник-1. После облучения рану послойно ушивали. Кролика помещали в отдельную клетку, ежедневно производился забор общего и биохимического анализов крови, велось наблюдение за животным.

Результаты. При изучении результатов лечения острого парапанкреатита у лабораторных животных с применением фотодинамической терапии сравнение произ-

водили с контрольной группой, не получавшей лечения. Отмечены снижение лейкоцитоза, уменьшение палочкоядерных нейтрофилов в общем анализе крови после проведения ФДТ. Увеличение продолжительности жизни животных при использовании ФДТ, изменения при аутопсии после использования ФДТ носят характер ограничения воспалительного процесса, или к его практически полному затуханию.

Заключение. Таким образом, применение методов фотодинамической терапии с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения при деструктивном парапанкреатите оказывает положительное действие на местные воспалительные процессы в забрюшинной клетчатке, направленные на уменьшение и ограничение воспаления.

ЗАВИСИМОСТЬ НАКОПЛЕНИЯ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРА В ТКАНЯХ ОТ СПОСОБА И МЕСТА ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА

*Ушкевич А.Л., Жандаров К.Н., Шляхтин С.В.,
Белжк К.С., Прокотчик Н.И., Безмен И.А.,
Михович Т.И.*

Гродно, Минск, Беларусь

Цель исследования. Изучить в эксперименте на лабораторных животных время максимального накопления фотосенсибилизатора «Фотолон» в жировой клетчатке забрюшинного пространства и в тканях поджелудочной железы при различных вариантах введения, как в условиях гнойного воспаления, так и в стерильных условиях.

Материалы и методы. В эксперименте в качестве лабораторных животных использовались кролики обеих полов массой $3,2 \pm 0,2$ кг. Эксперимент по изучению накопления и распространения фотолон в тканях животных был разделён на три группы. Первая группа включала в себя 5 лабораторных животных (кролики), у которых и выполнялась лапаротомия под внутримышечным и внутривенным калипсоловым наркозом в поджелудочную железу в 4-х удалённых друг от друга точках в разное время (с интервалом 1 час) вводился «Фотолон» по 1 мг в каждую точку и в клетчатку забрюшинного пространства в 6 разных точках с интервалом 30 минут вводился «Фотолон» по 1 мг в каждую точку. Вторая группа включала в себя 5 кроликов. Исследование распространения и накопления фотолон изучалось в условиях гнойного воспаления. Выполнялась лапаротомия в забрюшинную клетчатку, поджелудочную железу в разных точках водилось гнойное отделяемое, забранное накануне у больных с деструктивным панкреатитом (при микробиологическом исследовании которой получали протеи 104-5 или кишечную палочку 105 в одном миллилитре). Через сутки в местах, где развилось воспаление в разное время вводился фотолон 1 мг в каждую точку. В поджелудочной железе интервал введения 1 час в 4-х разных точках. В забрюшинную клетчатку с интервалом 30 минут в 6 точках. Третья группа включала 5 кроликов, вводился раствор «Фотолон» 3 мг внутривенно с интервалом 1 час. В процессе введения фотолон забирались общий и биохимический анализы крови. Животные выводились из эксперимента передозировкой эфира. Забиралась поджелудочная железа, клетчатка забрюшинного пространства из мест введения фотолон и из тех мест, куда он не вводился, на флуориметрическое и гистологическое исследование.

Результаты. Проведенное исследование показало, что максимальное накопление препарата «Фотолон» отмечается при местном введении (в жировой клетчатке $4471 \pm 199,5$ и в поджелудочной железе $1903,6 \pm 851,56$) по сравнению с внутривенным введением (в жировой клетчатке $186,8 \pm 8,87$ и в поджелудочной железе $260,2 \pm 5,47$). При местном введении препарата пик его накопления в условиях гнойного воспаления в жировой клетчатке приходится на 1 час ($4680,8 \pm 294,3$) после введения препарата с дальнейшим постепенным снижением. В поджелудочной железе накопление происходит медленнее, и максимальная концентрация наблюдалась к 6 часам ($3440 \pm 153,4$).

ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА

Хрыщанович В.Я., Горанов В.А.

Минск, Беларусь

По данным разных авторов, частота перманентного послеоперационного гипотиреоза (ПОГ), связанного с радикальными вмешательствами на щитовидной железе (ЩЖ), составляет 1,7-68%. Традиционная заместительная гормонотерапия не во всех случаях положительно решает данную проблему.

Цель исследования – разработать эффективный хирургический способ лечения ПОГ путем ксенотрансплантации тироцитов в артериальное сосудистое русло больным, перенесшим радикальные операции на ЩЖ. Культуру тироцитов для пересадки получали от плодов кроликов третьего триместра беременности по методикам O.Korsgren и В.Н.Блюмкина. Перед трансплантацией суспензию тироцитов помещали в синтетическую микропористую капсулу размером 5×30 мм с диаметром пор 1-2 мм. Внутрисосудистая ксенотрансплантация культуры клеток ЩЖ выполнена 3 женщинам, страдающим ПОГ, с длительностью заболевания не менее 10 лет. Возраст больных составил 39, 55 и 69 лет. Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Период посттрансплантационного наблюдения – 30, 36 и 38 месяцев. У всех пациенток щитовидная недостаточность развилась после перенесенной тотальной тиреоидэктомии. Сцинтиграфия ложа ЩЖ реципиентов подтвердила радикальный характер тиреоидэктомии. Несмотря на постоянное наблюдение эндокринолога, периодическое стационарное лечение в эндокринологических клиниках, течение ПОГ было резистентным к медикаментозной заместительной терапии. Отчетливый положительный клинико-лабораторный эффект был отмечен у реципиентов после внутрисосудистой ксенотрансплантации клеток ЩЖ на протяжении всего периода наблюдения. Самочувствие пациентов оставалось удовлетворительным, клинические признаки ПОГ (отеки, повышенная утомляемость и сонливость) исчезли. На фоне снижения гормонопотребности в L-тироксине на 55-75%, показатели тиреоидных гормонов оставались на уровне физиологических значений: FT4 – $17,49$ пмоль/л, FT3 – $4,73$ пмоль/л. Как до, так и после операции уровень антитиреоидных антител в сыворотке крови не превышал допустимых значений. Ультразвуковое исследование артерий в зоне трансплантации выявило фиксированную капсулу в просвете глубокой бедренной артерии, признаков тромбоза и сужения артерии не отмечено. Исследование захвата Tc99m

через 6 месяцев после ксенотрансплантации культуры тироцитов в глубокую бедренную артерию реципиента выявило изолированную область интенсивного накопления радиофармпрепарата в проекции трансплантата.

Таким образом, наш небольшой клинический опыт, касающийся трансплантационного лечения ПОГ, позволяет сделать предварительные выводы: использование в клинике ксеногенной эндокринной ткани позволяет решить проблему дефицита аллогенного донорского материала и открывает новые возможности использования свободной трансплантации культуры тироцитов в лечении больных с тяжелыми формами ПОГ.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ АНЕВРИЗМ
МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ**

*Цулиндыз А.Т., Иоскевич Н.Н.,
Василевский В.П., Горячев П.А., Черный Д.В.
Гродно, Беларусь*

Цель работы. Анализ и возможность улучшения результатов хирургического лечения посттравматических аневризм магистральных сосудов.

Материал и методы. За последние 9 лет прооперировано 28 пациентов с ложной посттравматической аневризмой магистральных артерий различной локализации. При этом время с момента получения травмы до оказания специализированной помощи колебалось от 2 недель до 2 месяцев. В 6 наблюдениях травма была ятрогенной: у трех пациентов повреждение бедренной артерии при выполнении ангиографического исследования, у одного при ошибочной пункции плечевой артерии во время гемодиализа и еще у двух подколенной артерии при наложении стелетного вытяжения. В 6 наблюдениях аневризма была инфицированной.

Результаты. Все больные оперированы. В 9 случаях выполнен боковой шов поврежденной артерии, в 3 – резекция артерии с анастомозом конец в конец, в 4 – протезирование реверсированной аутовеной, в 3 – протезирование синтетическим протезом, в 1 – общеподвздошно-бедренное протезирование при аневризме наружной подвздошной артерии. В пяти случаях ложной аневризмы глубокой артерии бедра выполнялось лигирование последней с резекцией аневризмы. У больного с артерио-венозной аневризмой позвоночной артерии выполнено лигирование последней в месте отхождения от подключичной артерии. В 2 случаях ложной инфицированной аневризмы общей бедренной артерии у наркоманов выполнено экстраанатомическое подвздошно-бедренное шунтирование. У одного больного в качестве пластического материала была использована аутовена, у другого синтетический протез. В 3 наблюдениях инфицированной аневризмы в раннем послеоперационном периоде наступило эрозивное кровотечение вследствие распространения инфекционного процесса на зону сосудистой реконструкции. Выполнены вынужденные «лигатурные» операции с ампутацией конечностей. В остальных наблюдениях кровотечение в конечности было восстановлено, наступило выздоровление. Выводы: В заключении следует отметить, что в случаях посттравматических ложных аневризм магистральных сосудов показано хирургическое лечение, целью которого является удаление аневризматического мешка с первичным восстановлением кровотока по поврежденному сосуду. При инфицировании аневризмы показан один из видов экстраана-

томического шунтирования реверсированной аутовеной и только в случае отсутствия последней синтетическим протезом. В случае невозможности проведения пластического материала вне зоны воспаления из-за его распространенности операцией выбора должна быть перевязка пораженной артерии на протяжении и при прогрессировании ишемии – ампутация конечности.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
РЕЦИДИВА ИШЕМИИ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ АРТЕРИАЛЬНЫХ
РЕКОНСТРУКЦИЙ**

*Цулиндыз А.Т., Иоскевич Н.Н.,
Василевский В.П., Черный Д.В.,
Горячев П.А., Труханов А.В., Почобут Б.И.
Гродно, Беларусь*

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты повторных реконструктивных операций при реокклюзионных поражениях аорты и магистральных артерий нижних конечностей с рецидивом тяжелой ишемии тканей.

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

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 24 оперированных больных (16,4%) развились осложнения, потребовавшие выполнения повторных хирургических вмешательств (1 – кровотечение из анастомоза, 22 – тромбоз, 1 – дистальная эмболия). Кровотечение остановлено путем наложения дополнительных швов, в случае раннего тромбоза зоны реконструкции выполнялись повторные тромбэктомии с попыткой улучшить пути оттока. У 12 пациентов адекватная реваскуляризация конечности не достигнута и произведена ампутация (8,2%). Конечность в функциональном состоянии удалась сохранить у 129 больных (88,3%), Летальность составила 3,4% (5 случаев). Причиной смерти явились острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая почечная недостаточность, полиорганная недостаточность, геморрагический шок и прогрессирующая интоксикация. Вышеуказанные показатели (процент осложнений, процент ампутированных конечностей, летальность) оказались выше таковых в группе больных, перенесших первичные реконструкции (8,4%, 3,2%, 1,6%, соответственно).

Заключение. Активная хирургическая тактика у больных возвратом тяжелой ишемии позволяет в 88,3% случаев сохранить обреченную на ампутацию конечность. Достаточно высокий уровень послеоперационных ос-

ложнений и летальности ещё раз указывают на актуальность проблемы и необходимость дальнейшей оптимизации тактического алгоритма с целью улучшения результатов повторных сосудистых реконструкций.

РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ В ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА

*Шестюк А.М., Карпицкий А.С.,
Боуфалик Р.И., Ръжко А.В., Вакулич Д.С.
Брест, Беларусь*

Актуальность. Повреждения пищевода является грозной патологией с общей летальностью 28-85%. Использование современных эндохирургических технологий в неотложной хирургии пищевода растет с каждым годом, что объясняется стремлением к снижению травматизма оперативного вмешательства.

Цель работы. Показать возможности и преимущества торакоскопического ведения больных с повреждениями пищевода различной этиологии.

Материалы и методы. Нами в отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы за последние 7 лет наблюдалось 12 больных с повреждением грудного отдела пищевода. Средний возраст больных составил 56 лет. Основной причиной повреждения (50%) пищевода были медицинские манипуляции: в 4 случаях – ФГДС, в двух – бужирование пищевода после химического ожога пищевода. У двух больных перфорация пищевода возникла инородным телом, в 25% наблюдался спонтанный его разрыв (с-м Бурхаве). У одного больного причиной повреждения пищевода был его тотальный химический ожог щелочью. В 50% случаев больные поступали в специализированный стационар позже 24 часов от начала заболевания.

Результаты. Торакоскопические методики применяли при лечении 8(66%) больных. У 2 больных торакокопия носила диагностический характер. В одном случае выявлена облитерация плевральной полости, в другом значительная инфильтрация клетчатки средостения, что не позволило выявить зону перфорации пищевода и привело к необходимости перехода в торакотомию. У 6 больных видеоторакокопия явилась основным хирургическим пособием. В 2 случаях произведены тотальная торакоскопическая задняя медиастинотомия доступом через правую плевральную полость, некрэктомия, дренирование полости плевры. У одного пациента, с абсцессом средостения в результате перфорации пищевода, торакоскопически произведены вскрытие, санация и дренирование полости абсцесса. У 2 пациентов с синдромом Бурхаве и одного с перфорацией после бужирования химического ожога пищевода применена собственная методика торакоскопического лечения разрывов наддиафрагмального отдела пищевода (патент ВУ № 11816). Особенностью данного способа является то, что в процессе операции осуществляется фиксация дренажа в просвете пищевода с одновременным проведением назоинтестинального зонда для энтерального питания. Это позволяет сформировать трубчатый пищеводно-плевральный свищ на дренаже, который заживает самостоятельно после его удаления, и проводить полноценное энтеральное питание без наложения гастростомы. После выполнения торакоскопических вмешательств отмечено отсутствие выраженного болевого синдрома, что позволило активизироваться больным уже в первые сутки послеоперационного периода. Общая летальность в пос-

леоперационном периоде составила 25%, однако в группе больных, прооперированных с использованием торакоскопических технологий, летальных исходов не было.

Выводы. Торакоскопический способ ведения больных обладает меньшей травматичностью в сравнении с традиционными методиками, что позволяет применять ее у больных в тяжелом состоянии, снижает количество послеоперационных осложнений и сроки лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

*Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я.,
Подолинский С.Г., Бородавко Н.А.
Витебск, Беларусь*

Цель. Анализ информативности методов диагностики и оптимизация хирургического лечения пострадавших с закрытой травмой живота.

Материалы и методы. Наблюдали 99 пострадавших с диагнозом закрытая травма живота с повреждением органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Мужчин – 75 (75,7%), женщин – 24 (24,3%). Возраст от 16 до 75 лет. Изолированная травма живота – у 70 (70,7%), сочетанная травма – у 29 (29,3%). Сроки поступления больных в клинику от момента получения травмы различные: до 6 часов – 60, от 7 – до 24 часов – 26, более 24 – 13 человек. При поступлении в динамике оценивали гемодинамические показатели, гемоглобину, гематокрит, общий анализ мочи, проводили обзорную рентгенограмму брюшной полости, ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства. Наличие на обзорной рентгенографии свободного газа считаем абсолютным показанием к операции. При УЗИ наличие жидкости – у 61, признаки разрыва селезенки у 11, забрюшинные гематомы у 5, отсутствие признаков травмы органов брюшной полости – у 9. Динамическое УЗИ считаем одним из основных диагностических приемов при травме живота. При отрицательном результате динамического УЗИ брюшной полости выполняли лапароскопию. При наличии травмы, нарушения целостности какого-либо органа брюшной полости переходили на лапаротомию.

Результаты. Все больные были оперированы не позднее 4 часов с момента поступления в клинику. Разрывы тонкой кишки наблюдали у 20 больных, у 6 – разрывы двенадцатиперстной кишки. При множественных разрывах и разможжениях тонкой кишки и брыжейки выполнялась резекция кишки (7). Разрывы селезенки у 53. У 47 выполнена спленэктомия, 16 больным произведена аутотрансплантация селезеночной ткани в дупликатуру большого сальника. У 6 – разрывы селезенки ушиты. Разрыв печени ушивали у 16 больных, в 3 случаях тампонировали разрыв лоскутом большого сальника на ножке. В одном случае, наряду с разрывом печени, имелись разрыв желчного пузыря, повреждение пузырной артерии – выполнена холецистэктомия. Изолированный разрыв поджелудочной железы был у 4 больных, 3 произведена резекция хвоста и тела вместе с селезенкой. При наличии забрюшинной гематомы любых размеров проводилась ее полная ревизия. Поверхностные разрывы почек – у шести больных, у всех произведено ушивание. После операции умерли 10 (10%), четверо – вследствие тяжелых черепно-мозговых и спинальных травм, шестеро – вследствие перитонита с развитием полиорганной недостаточности.

Выводы. В диагностике закрытых травм живота ведущее значение имеют повторные УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства и urgentная лапароскопия. При травме селезенки в случае спленэктомии показана трансплантация селезеночной ткани в дубликатуру большого сальника. Летальность при закрытых травмах часто связана с сочетанными черепно-мозговыми травмами и тяжелым течением перитонита

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОКСИМАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Щастный А.Т., Егоров В.И.,
Вишневецкий В.А., Сятковский А.Р.,
Кутаев М.И.*

Витебск, Беларусь, Москва, Россия

У больных с хроническим панкреатитом, головка ПЖ является местом инициации и поддержания воспалительного процесса. Именно поэтому главным этапом хирургического лечения является резекция головки ПЖ, хотя остается неясным объем резекции головки ПЖ, необходимый для достижения благоприятных результатов.

Цель исследования. Изучение непосредственных и отдаленных результатов проксимальных резекций поджелудочной железы при хроническом панкреатите.

Материалы и методы. Проспективный анализ ближайших и отдаленных результатов лечения 135 больных, которым в 2002-2008 гг. была выполнена дуоденумсохраняющая резекция головки поджелудочной железы. В 75 случаях произведена операция Бегера, в 45 – операция Фрея и в 15 – Бернский вариант операции Бегера. Отдаленные результаты оценены в сроки от 2 до 6 лет после операции у 97 (72%) больных с использованием многоаспектного опросного листа SF – 36.

Результаты. Демографические и клинические параметры пациентов в сравниваемых группах были сопоставимы. Головка поджелудочной железы имела большие размеры в группах операций Бегера и ее Бернского варианта, по сравнению с группой операций Фрея, хотя отличия не были значимыми. При этом операции Бегера были значимо продолжительней операций Фрея (+103 мин.) и Бернского варианта (+64 мин.), сопровождалась большим числом осложнений (соответственно, 25%, 11% и 13%) и более продолжительным послеоперационным койко-днем (20, 12 и 13), а также большей кровопотерей (800 ± 120 мл. 320 ± 150 мл и 650 ± 170 мл). Послеоперационной летальности не было ни в одной группе. Качество жизни, согласно опросному листу SF-36, через 2 года после операции отличалось незначимо во всех группах, однако полное купирование боли, социальная и трудовая реабилитация значимо чаще достигались после классической операции Бегера и ее Бернского варианте (94%, 93 и 93%, 93%, соответственно), чем при операции Фрея (80%. 77%). При всех вмешательствах отмечено улучшение показателей углеводного обмена у больных сахарным диабетом: в 65% случаев после операции Бегера, в 100% случаев – после ее Бернского варианта и в 42% случаев – после операции Фрея.

Заключение. Несмотря на большую сложность, операция Бегера при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки чаще обеспечивает полное и стойкое купирование боли, чем операция Фрея. Интерес представляет Бернский вариант операции Бе-

гера, более простое вмешательство, позволяющее достичь таких же показателей качества жизни, как после классической операции Бегера, но при меньшем числе осложнений, меньшей кровопотере, а также меньшей продолжительности операции и койко-дня.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Щастный А.Т., Сятковский А.Р.,
Сапко Г.Ф., Лярский С.П.
Витебск, Беларусь*

Цель. Анализ результатов миниинвазивных методов лечения кист поджелудочной железы.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 177 больных хроническим панкреатитом с наличием псевдокист: мужчин 74,7% женщин 24,3%, возраст больных от 26 до 75 лет. Причинами возникновения псевдокист послужили острый панкреатит, хронический панкреатит и травмы поджелудочной железы. Диагностика псевдокист поджелудочной железы включала общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования: рентгенологические, УЗИ, эндоскопические, компьютерную томографию, МРПХГ. У 73 (41,2%) больных выполнены миниинвазивные операции: лапароскопическая цистоеюностомия – 8, лапароскопическая цистогастростомия – 2, лапароскопическая цистэктомия – 1, пункция и дренирование под контролем УЗИ – 62.

Результаты. Под контролем УЗИ у 62 (35%) больных произведены пункции и дренирование псевдокист. У 33 (53,2%) пациентов кисты диагностированы на фоне хронического панкреатита, а у 29 (46,7%) расценены как формирующиеся кисты, являющиеся исходом острого панкреатита. При хроническом панкреатите пункции псевдокист выполнены у 23 больных, а дренирование под контролем УЗИ у 10 пациентов. В дальнейшем 28 (84,8%) из 33 выполнены различные оперативные вмешательства, включая как традиционные, так и лапароскопические. Но вмешательства под контролем УЗИ при хронических псевдокистах изначально рассматривались больше как диагностический и подготовительный этап, а именно, выполнялось цитологическое и биохимическое исследование содержимого кисты, цистограммы для выявления связи полости кисты с протоковой системой и локализации кисты, по отношению к желудку и двенадцатиперстной кишке. При формирующихся кистах положительный результат достигнут у 20 (68,9%) пациентов, у которых выполнялись пункции кисты и дренирование под контролем УЗИ. Пункционный метод использован у 12 пациентов и дренирование у 8. У некоторых пациентов пункция полости псевдокисты предшествовала последующему дренированию. Выполнено 11 лапароскопических вмешательств без послеоперационных осложнений.

Выводы. При формирующихся кистах вмешательства под контролем УЗИ позволили исцелить почти 70% больных. При сформированных кистах на фоне хронического панкреатита, пункции под контролем УЗИ рассматриваем, как необходимые предоперационные диагностические процедуры. Лапароскопические вмешательства при псевдокистах весьма перспективный метод и может рассматриваться как альтернатива традиционной хирургии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Щастный А. Т., Сятковский А. Р.,
Штурич И. П., Украинец Е. А., Люцко И. А.
Витебск, Беларусь*

Псевдокисты поджелудочной железы, являющиеся осложнением острого или хронического панкреатита, в свою очередь, сами могут вызывать тяжелые осложнения (кровотечение, нагноение, перфорация), которые встречаются у 20-25% больных. Возможное самоизлечение определяется размером псевдокисты: диаметр кисты более 6 см почти никогда не ликвидируется без хирургического вмешательства.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больших (более 10 см в диаметре) кист поджелудочной железы при помощи методики «двойного дренирования».

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 177 больных хроническим панкреатитом с наличием псевдокист: мужчин 74,7% женщин 24,3%, возраст больных от 26 до 75 лет. Сроки образования кист, как правило, более 6 месяцев. Диагноз основывался на клинической картине и инструментальных методах исследования (УЗИ, КТ, МРТ, МРПХГ). С диагностической целью (связь кисты с панкреатическим протоком, исследование содержимого кисты) проводилась пункция кисты под контролем УЗИ. При кистах более 10 см в диаметре при локализации в головке и теле поджелудочной железы мы выполняем операции так называемого «двойного дренирования». Способ основан на формировании соустья между выключенной по Ру петлей кишки с полостью кисты поджелудочной железы и дополнительным соустьем полости кисты с желудком или ДПК, через которое в просвет кисты вводится назогастральный зонд. В течение 4-5 суток через зонд проводится аспирация содержимого кисты и промывание антисептиками, а также контроль эффективности панкреатоэнтероанастомоза путём фистулографии, выполненной на 4-5 сутки после операции, перед его извлечением.

Результаты. Метод применен у 14(7,9%) больных с большими парапанкреатическими кистами с неоднородным содержимым (включая секвестры), с признаками воспаления, что позволяет избежать таких ранних послеоперационных осложнений, как кровотечение и неэффективность чистоентероанастомоза из-за возможности развития анастомозита. Сроки наблюдения от 1 года до 4 лет. Рецидива заболевания не выявлено.

Выводы. С увеличением размера псевдокисты и сроков ее существования возрастает риск развития осложнений. Предложенный метод «двойного дренирования» кист больших размеров обеспечивает постоянное дренирование полости кисты её санирование, динамическое наблюдение за облитерацией полости кисты и функциональным состоянием анастомоза.

GUZY JELITA CIENKIEGO – RZADKOŃ J W PRAKTYCE CHIRURGICZNEJ. SMALL BOWEL TUMORS – RARE FINDINGS IN SURGEON'S PRACTICE.

*Dadan J., Wojskowitz P., Jukaszewicz J.,
Safiejko K., Puchalski Z.
Białystok, Polska*

Jelito cienkie stanowi 75% długości i 90% powierzchni wchłaniania przewodu pokarmowego, a pomimo to guzy

jelita cienkiego występują nie częściej niż w 1-3% przypadków wszystkich nowotworów przewodu pokarmowego. Rzadkość tego schorzenia sprawia, iż powiaka się niewiele uwagi tej tematyce. Celem pracy jest wykazanie sposobów postępowania z guzami jelita cienkiego na przykładzie jednego ośrodku.

Badaniem objęto 1089 chorych, 598 mężczyzn oraz 491 kobiet, średnia wieku wyniosła 59,9 lat (od 19 do 95 lat), z nowotworami przewodu pokarmowego leczonych w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku od 01.01.1994 do 01.01.2008. W tej grupie rozpoznano 13 guzów jelita cienkiego (6 kobiet i 7 mężczyzn ze średnią wieku 52 lata), co stanowiło 1,2% wszystkich nowotworów. 2 przypadki okazały się guzami neuroendokrynnymi o typie rakowiaka, a pozostałe guzy w badaniu histopatologicznym rozpoznano jako: GIST, gruczolakoraki, chłoniaki czy guzy z tkanek miękkich. Chorzy poddani zostali różnym rodzajom zabiegów resekcyjnych. Nie obserwowaliśmy powikłań okoiooperacyjnych. Chorzy pozostają pod stałą opieką poradni przyklinicznej, w zależności od charakteru guzów wdrożono odpowiednie postępowanie.

Częstość występowania nowotworów jelita cienkiego w naszym materiale jest porównywalna do danych z piśmiennictwa. Chirurgiczne leczenie guzów jelita cienkiego jest z reguły postępowaniem radykalnym i definitywnym, bezpiecznym oraz obciążonym małą ilością powikłań okoiooperacyjnych.

OCENA METODY CHIRURGICZNEGO LECZENIA I JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU ŻYŁAKÓW KOCCZYŃ DOLNYCH Z ANALIZĄ STRUKTURALNĄ I HISTOPATOLOGICZNĄ NACZYŃ ŻYLNÝCH

*Dadan J., Jukaszewicz J., Safiejko K.
Białystok, Polska*

Wstęp. Przewlekła niewydolność żylna (CVD, *chronic venous disease*) jest jednostką hemodynamiczno-kliniczną, do której należy zespół objawów klinicznych związanych z wieloczynnikową etiologią, doprowadzającą do trwałego zaburzenia odpływu krwi z żył koczyc dolnych. Patologie układu żylnego są jednymi z częściej występujących w ludzkiej populacji i niewątpliwie ich leczenie pochłania ogromne nakłady finansowe. Tematem badań przeprowadzonych w ostatnich latach stała się teoria zakładająca, że główną przyczyną rozwoju PNŻ jest nabyte uszkodzenie zastawek naczyń żylnych w wyniku przewlekłego procesu zapalnego. Najbardziej skuteczne w leczeniu przewlekłej niewydolności żylniej jest leczenie operacyjne. Współczesne metody operacyjne muszą oprzeć wysokiej skuteczności cechować się dobrym efektem kosmetycznym. Do najnowszych technik operacyjnego leczenia PNŻ należy metoda kriostrippingu. Kriostripping. Głównym celem naszej pracy była ocena skuteczności kriostrippingu w porównaniu z techniką klasyczną jako nowatorskiej metody leczenia operacyjnego żyłaków koczyc dolnych oraz ocena jakości życia pacjentów przed i po zabiegu.

Materiały i metody. Od 01.01.2006 do 01.01.2009 w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej UMB w okresie 36 miesięcy przeprowadzono 187 operacji usunięcia żyłaków podudzi metodą klasyczną w porównaniu z ich zamrażaniem i usuwaniem sposobem kriostrippingu. U

chorych zakwalifikowanych do zabiegu zaawansowanie choroby oceniano w 7-stopniowej skali międzynarodowej klasyfikacji klinicznej CEAP. Operowano 123 kobiety w wieku od 20 do 77 lat (średnia wieku 56 lat) oraz 64 mężczyzn w wieku od 26 do 65 lat (średnia wieku 59 lat). Hospitalizacji trwała od 1 do 2 dni (średni okres hospitalizacji 1,5 dnia). Wszystkie operacje wykonano techniką kriostrippingu w połączeniu z techniką klasyczną. Każdy pacjent przed zabiegiem oraz w 1-ym, 10-ym, 30-ym, 90-ym i 180-ym dniu po zabiegu był badany i proszony o wypełnienie ankiety oceniającej jakość życia i technik zabiegu.

Wyniki. W okresie tygodni i pooperacyjnym u 187 chorych w poszczególnych okresach kontrolnych nie obserwowano nawrotów żyłaków podudzi. W dziewięciu przypadkach z powodu występowania licznych drobnych teleangiektazji, których nie udało się usunąć metodą kriostrippingu, terapię uzupełniono o zabieg sklerotyzacji naczyń żylnych preparatem octoxylolu z dobrym efektem kosmetycznym. U 141 pacjentów w badaniu histopatologicznym naczyń żylnych usuniętych podczas zabiegu, stwierdzono zmiany o charakterze przewlekłego zapalenia. Przeprowadzone badanie lekarskie oraz anonimowa ankieta w 1-ym, 10-ym, 30-ym, 90-ym i 180-ym dniu po zabiegu wykazały na zmniejszenie objawów PNŻ i wzrost pozytywnych ocen techniki kriostrippingu oraz znaczną subiektywną i obiektywną poprawę samopoczucia w porównaniu z ankietą przeprowadzoną przed zabiegiem.

Wnioski. Kriostrippingu jest najnowocześniejszą formą mechanicznego strippingu w połączeniu z metodą klasyczną. Staje się techniką, która pozwoliła na skrócenie czasu trwania zabiegu, przez co umożliwiła przeprowadzanie operacji u pacjentów z poważnymi chorobami współistniejącymi. Dzięki wykorzystaniu tej metody zmniejszeniu uległ zarówno czas operacji jak też hospitalizacji co ma wymierny wpływ na kwestie ekonomiczne, a co najważniejsze dla większości pacjentów, szczególnie picie łośkiej, jest duży lepszy w porównaniu z metodą klasyczną.

CHIRURGICZNE LECZENIE OTYJOŃCI PATOLOGICZNEJ W I KLINICE CHIRURGII OGOLNEJ – DOŃWIADCZENIA WJASNE

*Jacek Dadan, Hady Razak Hady,
Paweł Iwacewicz, Paweł Gołaszewski,
Piotr Wojskowicz
Białystok, Polska*

Otyłość stanowi poważny i stale narastający problem, osiągający wkręć wielkość epidemii XXI w. Została ona uznana za chorobę społeczną przez WHO w 1997r. Efekty zachowawczego leczenia otyłości są krótkotrwałe i niewystarczające. Na podstawie obserwacji stwierdzono, że chirurgia bariatryczna pozwala na skuteczne i trwałe obniżenie masy ciała. Chirurgia bariatryczna miała początek w połowie XX w., a rewolucyjne zabiegi zostały opracowane w latach 60 i 70 XXw. Na początku XXI w. nastąpił wyraźny wzrost w ilości wykonywanych operacji bariatrycznych na świecie, a w szczególności w USA. W Polsce także chirurgia bariatryczna zdobywa coraz większą popularność.

Cel: Przedstawienie materiału w zakresie chirurgii bariatrycznej w I Klinice chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Materiał i Metoda: Analizie retrospektywnej poddano 91 chorych leczonych z powodu otyłości patologicznej w naszej

Klinice od 2005 do 2008 r. Oceniono rodzaj i liczbę przeprowadzonych operacji.

Wyniki: Od 2005 do 2008 r. w naszej Klinice operowano 91 chorych (66 kobiet, 25 mężczyzn) z powodu otyłości patologicznej. W 2005 r. wykonano 16 operacji bariatrycznych, w tym 11 metodą laparoskopowego opaskowania żołądka (LAGB) i 5 operacji typu omińnięcia żołądkowo – jelitowego (RYGB). W 2006 r. wykonano 6 zabiegów typu LAGB, 6 zabiegów typu RYGB i 1 operację typu wyłączenia żołądkowo – trzustkowego metodą Scopinara (BPD). W 2007 r. przeprowadzono 23 zabiegi, w tym 10 zabiegów LAGB, 7 RYGB, 3 operacje RYGB metodą laparoskopową (LRYGB), 1 operację BPD i 2 operacje rękawowego wycięcia żołądka (SG). W 2008 r. wykonano 39 operacje, w tym 25 zabiegów typu LAGB, 5 RYGB, 5 operacji LRYGB i 4 operacje SG. Obserwowany spadek masy ciała w okresie od 6 miesięcy do 1 roku po zabiegu LAGB wyniósł od 18 do 71 kg, po RYGB od 24 do 70 kg, po SG od 21 do 53 kg, po BPD około 56 kg.

Wnioski: Chirurgia bariatryczna jest najskuteczniejszym sposobem leczenia patologicznej otyłości z dużym odsetkiem redukcji masy ciała i stosunkowo małą liczbą powikłań. Chirurgia bariatryczna jest wskazana u wszystkich chorych z BMI od 40 kg/m². Operacje RYGB wskazane są u chorych z większym BMI i u mniej zdyscyplinowanych. Zabiegi bariatryczne wymagają wyspecjalizowanego i odpowiednio przygotowanego zespołu, dlatego też powinny być przeprowadzane wyłącznie w ośrodkach referencyjnych.

AKTUALNE WYTYCZNE LECZENIA ZESPOJU STOPY CUKRZYCOWEJ – DOŃWIADCZENIA WJASNE

*Kwiatkowska A., Mułłowicz P., Trochimowicz L.,
Dadan. J.
Białystok, Polska*

Liczba chorych na cukrzycę na świecie wynosi obecnie około 200 milionów i cały czas wzrasta. Wraz z wydłużaniem się czasem życia populacji zwiększa się częstość występowania powikłań powodowanych przez cukrzycę między innymi zespoły stopy cukrzycowej (neuropatia, miażdżyca tętnic obwodowych, zniekształcenia stopy, zakażenia, owrzodzenia, zgorzel tkanek). Zaawansowana postać zespołu stopy cukrzycowej może być przyczyną wielu powikłań i zgonów. Najważniejszą nieprawidłowością leżącą u podłoża rozwoju stopy cukrzycowej jest neuropatia, która w przebiegu cukrzycy dotyczy nerwów czuciowych, ruchowych i autonomicznych. Opóźnienie rozpoczęcia leczenia z uwagi na znaczną neuropatię czuciową może powodować konieczność stosowania bardziej inwazyjnego leczenia i często amputacji. Kliniczna klasyfikacja zakażeń obejmuje: zakażenia iagodne jako występowanie klinicznych cech stanu zapalnego ograniczone do skóry i tkanki podskórnej z obszarem zaczerwienienia wokół rany do 2 cm, zakażenia umiarkowane z obecnym co najmniej jednym objawem (zapalenie tkanki iłocznej powyżej 2 cm wokół rany, poszerzenie naczyń limfatycznych, szerzenie się procesu pod powłoką powierzchowną, ropień tkanek głębokich, zgorzel, ząkanie mięśnia, kości, stawu, śródpa; brak objawów ogólnych zakażenia) oraz zakażenia ciężkie z towarzyszącymi objawami ogólnoustrojowymi (gorączka, dreszcze, tachykardia, hipotonia, kwasica, leukocytoza). Najważniejszym pierwszym krokiem w leczeniu zakażeń stopy cukrzycowej jest wczesne dokładne chirurgiczne

oczyszczenie rany. Polegaj[№]ce na wycięciu wszystkich martwych lub zakaionych tkanek mikkkich i ko[№]si, tak aby granick stanowiły zdrowe tkanki. Z g[№]bkokich czk[№]si rany nale[№]y pobrac materiai w celu wykonania bada[№] mikrobiologicznych. Stosowane obecnie opatrunki umo[№]liwiaj[№] kontrolowanie zawarto[№]si piynu w ranie oraz zmniejszaj[№] zawarto[№]ж bakterii (opatrunki impregnowane zwi[№]zkami srebra, pokryte antybiotykami). Jedyne w przypadku bez klinicznych cech zakaienia dopuszczalne jest odst[№]pienie od antybiotykoterapii. W zakaieniach iagodnych i w wikkszo[№]ci umiarkowanych zakaie[№]c mo[№]na stosowac antybiotyki o wzg[№]ldnie w[№]skim spektrum dziaania (klindamycyna, amoksylicyna z klawulanianem, cefuroksym z metronidazolem, ceftriaxon, piperacylina z tazobaktamem, ciprofloksacyna z klindamycyn[№]). C[№]kie zakaienia wymagaj[№] antybiotyku o szerokim spektrum dziaania (piperacylina z tazobaktamem, ciprofloksacyna z klindamycyn[№], imipenem z cylastatyn[№]). W przypadkach zakaie[№]c z potwierdzon[№] obecno[№]sci[№] Staphylococcus aureus MRSA zalecane jest stosowanie wankomycyna + ceftazydim + ewentualnie metronidazol. Rywnie wa[№]ne stosowanie jest lekw poprawiaj[№]cych ukrwienie: pentoksyfilina, sulodexyd, heparyny drobnocz[№]steczkowe. W szczegylnych przypadkach stosowane s[№] czynniki wzrostu oraz wykonuje sik przeszczepy skury. Od stycznia 2009 r w I Klinice Chirurgii Ogylnej i Endokrynologicznej hospitalizowanych bylo 17 pacjentow z c[№]kiimi powikianiami zespoiu stopy cukrzycowej. U 16 obserwowana jest stopniowa poprawa, u jednego wykonano amputacjk koczyny dolnej na poziomie 1/3 gylnej podudzia. Leczenie zespoiu stopy cukrzycowej wymaga zaangażowania interdyscyplinarnego zespoiu specjalistow : chirurga ogylnego, chirurga naczy[№], endokrynologa, ortopedy, przeszkolon[№] w zabiegach podiatrycznych pielkgniarkk, rehabilitanta, pracownika zakładu zaopatrzenia ortopedycznego.

DO[№]WIADCZENIA WJASNE W LECZENIU C[№]K[№]KICH OBRAIEC JAMY BRZUSZNEJ Z U[№]YCIEM STRATEGII DAMAGE CONTROL

Jadny J.R., Dadan J., Jukaszewicz J.
Biaystok, Polska

Dane z pi[№]miennictwa [№]wiatowego, wiedza i do[№]wiadczenie zdobyte podczas licznych szkolec krajowych i zagranicznych, skioniiy autoryw doniesienia do wd[№]oienia w 2004 roku strategii chirurgicznej *damage control* w leczeniu c[№]kkich obraie[№]c jamy brzusznej. Strategia ta polega na szybkiej laparotomii, kontroli krwawienia, profilaktyce zakaienia oraz tymczasowym zamknickiu powiok (bez napickia).

Materiai kliniczny stanowi 42 chorych poddanych leczeniu chirurgicznemu c[№]kkich obraie[№]c jamy brzusznej z zastosowaniem strategii *damage control* w okresie ostatnich czterech lat. Do tego rodzaju leczenia kwalifikowano chorych, ktryzy doznali penetruj[№]cych urazow jamy brzusznej, u ktrych ci[№]nienie tknicze krwi nie przekraczaio 90 mmHg. W przypadku tkrych urazow czynnikiem decyduj[№]scym oprucz ci[№]nienia krwi byla obecno[№]ж wolnego piynu w jamie brzusznej stwierdzana ultrasonograficznym badaniem FAST. Operowano rywnie[№] chorych z zamknickimi lub otwartymi ziamianiami miednicy, u ktrych nie bylo w[№]tpliwo[№]ci co do potrzeby interwencji chirurgicznej.

Wyniki. Przeprowadzanie laparotomie charakteryzowaiy sik kr[№]tkim czasem trwania i obejmowaiy kontrolk narz[№]dyw

jamy brzusznej wi[№]cznie z przepon[№], *packing* narz[№]dyw mi[№]iszowych, zwiaszcza w[№]troby, zamknickie perforacji przewodu pokarmowego, naprawk krezki i inne dora[№]ne procedury. Nie identyfikowano drzyd[№] krwawienia w przypadku ewidentnych wskazac do wykonania *packingu*. Nie obserwowano wychiodzenia ciai operowanych chorych o warto[№]ci wikkszej ni[№] 5[°]C na zabieg. Uzyskano dobre wyniki leczenia. U 39 operowanych osyb osi[№]gnicko zamierzony cel i chorzy ci prze[№]yli, przechodz[№]c z potu[№]lnym skutkiem kolejne etapy leczenia chirurgicznego. Trzech chorych zmario (7,1%) demonstruj[№]c objawy zaburzec krzepnicka i nasilonej kwasicy.

Wnioski. Wprowadzenie strategii *damage control* przyczynio sik do statystycznie istotnego obni[№]enia [№]miertelno[№]ci w[№]ryd chorych z c[№]kkimi obraieniami jamy brzusznej. Autorzy uzyskali potwierdzenia giywnego zai[№]oienia zastosowanej strategii, ktrya mywi, ie lepiej uratowac chorego w kilku etapach, ni[№] stracic w jednym.

LECZENIE URAZOW BRZUCHA W CI[№]Y – WSPYJPRACA CHIRURGA Z POJO[№]NIKIEM

Jadny J.R., Dadan J., Lemancewicz A.
Biaystok, Polska

C[№]ki uraz u kobiety c[№]karnej zagraia iyciu zarywno jej, jak i dziecka, za[№] prze[№]ycie piodu uzaleinione jest od prze[№]ycia matki. Priorytety w postkpowaniu s[№] takie same jak u kobiet niec[№]karnych, nale[№]y jednak zmodyfikowac postkpowanie chirurgiczne, bior[№]c pod uwagk anatomiczne i fizjologiczne zmiany w ci[№]iy.

Materiai kliniczny. Autorzy doniesienia opisuj[№] swoje pikioletnie do[№]wiadczenia w leczeniu urazow brzucha u c[№]karnych. W okresie 2004-2009 leczono 59 kobiet, ktrye doznaiy powa[№]nych urazow brzucha w ry[№]nym wieku ci[№]iy.

Wyniki. Pamiktaj[№]sc o zasadzie ie ci[№]ia nie mo[№]e by[№] powodem opy[№]nienia interwencji chirurgicznej stosowano te same metody leczenia urazow, jak u niec[№]karnych. Nie opy[№]niano te[№] diagnostyki r[№]g. Piyd w warunkach odpowiedniej poda[№]y tlenu i perfuzji macicy zwykle dobrze tolerowai znieczulenie i interwencjk chirurgiczn[№]. W czasie zabiegu monitorowano t[№]tkno piodu (FHR). Rol[№] poioinika byla ocena stanu piodu poprzez badanie poioinicze, usg, Doppler, KTG. U pacjentek, u ktrych podczas 4-godzinnego monitorowania KTG czksto[№]ж skurczyw byla mniejsza ni[№] 1/10 min, w iadnym przypadku nie stwierdzono odklejenia io[№]yska. Uraz tkpy brzucha u c[№]karnej wymaga[№] badania palpacyjnego i badania usg w przypadku podejrzenia urazowego prk[№]nicka macicy, za[№] w przypadku krwawienia piodowo-matczynego wykonano test Kleihauera, badanie Doppler w MCA oraz podawano surowick anty-D.

Wnioski. Do[№]wiadczenia autoryw wskazuj[№], i[№] bezwz[№]gdnymi wskazaniem do interwencji chirurgicznej lub poioiniczej w przypadku leczenia urazow brzucha u c[№]karnych s[№] urazy przenikaj[№]ce, prk[№]nickie macicy, odklejenie io[№]yska, zagro[№]enie piodu powy[№]e 26 tyg, oparzenie, ktrye przekracza 50% powierzchni ciai kobiety w II lub III trymestrze ci[№]iy, konieczno[№]ж wykonania sikcia cesarskiego po [№]mierci matki. Po[№]mierne sikcie cesarskie nale[№]y wykona[№] w ci[№]gu 4 minut od zatrzymania kr[№]oienia i oddychania, po 15-20 minutach od zgonu matki szansa prze[№]ycia piodu jest znikoma.

MIEJSCOWE OPATRUNKI HEMOSTATYCZNE
NOWEJ GENERACJI W CHIRURGII
URAZOWEJ. LOCAL HEMOSTATIC AGENTS IN
TRAUMA SURGERY

Jadny J.R., Dadan J., Trochimowicz L.
Białystok, Zielona Góra, Polska

Dane dotyczące współczesnych pył walki wskazują, że 90% żołnierzy, którzy polegli w walce, ginie na miejscu zdarzenia przed otrzymaniem stosownej pomocy medycznej. Niekontrolowany krwotok zewnętrzny w ponad 81% zaliczany jest do przyczyn tzw. zgony do uniknięcia. Nic więc dziwnego, że dział opatrunków hemostatycznych jest jednym z najdynamiczniej rozwijających się dziedzin medycyny wojskowej. Najbardziej znanym i jednocześnie najstarszym jest QuikClot wytwarzany z zeolitu pochodzącego z lawy wulkanicznej. Działa on poprzez wiązanie higroskopijnej substancji czynnej. Nieco później trafił do stosowania HemCon stworzony na bazie chityny. Obecnie wprowadzany jest do powszechnego stosowania wytwarzany również z chityny Celox. Ryzyki on jednak od HemConu mechanizmem działania. Kolejne nowe środki do Combat Gauze i chwilowo wycofany z użycia Wound Stat.

Celem obecnego doniesienia jest prezentacja właściwości miejscowych opatrunków hemostatycznych nowej generacji, ze szczególnym wskazaniem na Celox.

Celox jest chitynowym biopolimerem o niezwykłych właściwościach tamowania obfitych krwawic. Właściwości te potwierdzone zostały podczas badań laboratoryjnych, w których wielokrotnie demonstrowano zdolność zatrzymywania przez Celox krwawic z dużych tkanicznych kauteryzacji. Postać granulki zapewnia prosty i szybki sposób kontrolowania krwawienia oraz szczególną użyteczność w leczeniu skomplikowanych i głębokich ran. Doświadczenia wykazały, że w ciągu kilku minut po nasypaniu środka na rany tworzy się skrzep, zaś żelowa masa wytworzona z granulatu znakomicie go wzmacnia. W razie potrzeby masa żelowa jest bardzo łatwa do usunięcia. Celox nie wytwarza żadnego ciepła, nie powoduje poparzeń, nie przykleja się do rany. Działa w warunkach hipotermii, nawet gdy ciepota krwi nie przekracza 18,5°C. Wykazuje działanie również w przypadku obniżenia hemaglobiny we krwi, niezależnie od jej czynników krzepnięcia. Granulki Celox są lekkie, zapakowane w sterylne zabezpieczone, łatwe do otwierania opakowania. Granulki wsypuje się do rany i przytrzymuje przy pomocy gazy przez 5 minut. W czasie transportu, zakłada się zewnętrzny opatrunek uciskowy.

Dotychczasowe doświadczenia autorytetów wskazują, że Celox jest skutecznym, bezpiecznym i łatwym w użyciu miejscowym opatrunkiem nowej generacji.

Ocena czynników epidemiologicznych i klinicznych mogących wpływać na raka płuc

Piotr Dzikielewski, M. Koziowski, G. Japuz,
W. Laudacski, J. Laudacski
Białystok, Polska

Wprowadzenie: Chorzy na NDRP wciąż mają jednym z najgorszych prognoz spośród wszystkich chorych na nowotwory złośliwe. Postępu w wynikach leczenia raka płuca w przyszłości oczekuje się w większej wiedzy o biologii raka płuca oraz o czynnikach odpowiedzialnych za jego powstanie i rozwój. Cel: Określenie czynników wpływających na czynniki występowania przerzutów w płucach chłonnych nędrzypiersia u chorych na NDRP. Materiał i metody: U 143

chorych na NDRP kwalifikowanych do leczenia operacyjnego wykonano mediastinoskopię szybną lub dodatkowo u 10 mediastinotomii przmostkową lewą. Do badań inwazyjnych kwalifikowano chorych bez względu na rozmiar węzłów chłonnych nędrzypiersia w obrazie TK. U 103 chorych kwalifikujących się do leczenia operacyjnego wykonano podczas operacji limfadenektomię nędrzypiersiową. W oparciu o uzyskany materiał przeanalizowano czynniki epidemiologiczne i kliniczne mogące wpływać na występowanie przerzutów w płucach chłonnych nędrzypiersia. Wyniki: Spośród zbadanych czynników epidemiologicznych i klinicznych jedynie dwa: typ histologiczny gruczolakoraka oraz rozmiar zaawansowania guza pierwotnego (cecha T) w tym typie raka płuca korelują z czynnikiem występowania przerzutów do płuc chłonnych nędrzypiersia. Wnioski: Chorzy na gruczolakoraka mają większe prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutów w płucach chłonnych nędrzypiersia niż w przypadku innych niedrobnokomórkowych raków płuca i prawdopodobieństwo to rośnie wraz ze wzrostem zaawansowania guza pierwotnego. Słowa kluczowe: Niedrobnokomórkowy rak płuca, mediastinoskopia, mediastinotomia przmostkowa, klasyfikacja TNM, gruczolakorak, cecha N2.

SURGICAL REPAIR OF IATROGENIC
FEMORAL ARTERY INJURY AFTER
ENDOVASCULAR PROCEDURE

Radosław Japinski; Adam Piocski;
Radosław Kowalewski; Roman Ostapowicz;
Bogusław Panek; Marek Gacko
Białystok, Poland

Wstęp. Tkniaki rzekome (PA) należą do najczęstszych iatrogenicznych powikłań po nacięciu tknic. Stwierdza się je u 0,02-9% chorych poddanych procedurom endowaskularnym. Leczenie zabiegowe uszkodzeń przeprowadza się po nieskutecznych próbach niechirurgicznego ich zamknięcia (opatrunek uciskowy, ucisk ręczny, ucisk giętki usg, wstrzyknięcie trombin do jamy tkniaka) u 6-66% chorych w zależności od zastosowanej metody. Celem pracy była analiza uszkodzeń naczyń i skuteczność ich leczenia. Materiał i metody. Ocenił poddano grupę 72 kolejno operowanych w Klinice chorych, u których w następstwie zabiegu endowaskularnego doszło do urazu naczyń w pachwinie. U 23 chorych (32%) stwierdzono rozległy krwiak uda ze wstrząsem hipowolemicznym, u 5 chorych (7%) przetok tkniczo-żylny, u 4 (5,5%) zapłony przewodnik naczyniowy, u pozostałych 40 chorych doszło do powstania PA z punktem wyjścia z AIE (3%), AFC (70%), AFS (13%), AFP (10%), a u 4% doszło do uszkodzenia zarówno AFS i AFP. Ponadto 10 chorych (13,9%) miało objawy uciskowe na krętek naczyniowo-nerwowy. 65 chorych (90,2%) operowano w znieczuleniu miejscowym, 7 (9,8%) w znieczuleniu ogólnym, dokonując rewizji rany, prostego zeszczenia uszkodzonych naczyń (65 chorych) bądź rekonstrukcji ziołonych z wszyciem iaty (7 chorych). Pozostawione w tknicy przewodniki ewakuowano metodą otwartą. Wszystkich chorych poddano przedoperacyjnemu badaniu obrazowemu duplex color. Wyniki. U 50 chorych (69,4%) nie odnotowano powikłań pooperacyjnych. U 22 chorych (30,5%) z rozległym przedoperacyjnym krwiakiem i martwicą skóry doszło do opóźnionego gojenia się rany pooperacyjnej, 2 chorych (2,8%) wymagało powtórnej

operacji z powodu krwawienia z miejsca operowanego. Mimo iż chorzy operowani byli najczęściej w stanie ogólnym ciężkim, zgonów okołoperacyjnych nie odnotowano. Wnioski. Leczenie chirurgiczne, chociaż obciążone pewnym ryzykiem powikłań, najczęściej miejscowych, nadal jest najskuteczniejszą metodą definitywnego leczenia jatrogennych urazów naczyń po ich nacięciach.

**ADRENALEKTOMIA LAPAROSKOPOWA Z
DOSTĘPU ZAOTRZEWNOWEGO TYLNEGO
JAKO ALTERNATYWĄ DOSTĘPU
LAPAROSKOPOWEGO
PRZEZOTRZEWNOWEGO – OPIS
PRZYPADKU**

*Piotr Mułłowicz, Jacek Dadan,
Jerzy Jukaszewicz
Białystok, Polska*

Uznawanym obecnie złotym standardem w chirurgii nadnerczy jest laparoskopowa adrenalectomia. Najczęściej wykorzystywany jest dostęp przezotrzewnowy boczny, którego alternatywą jest dostęp zaotrzewnowy tylny, wykorzystywany z powodzeniem w coraz liczniejszej liczbie ośrodków referencyjnych. Jego główne zalety to: dobre uwidocznienie struktur anatomicznych, uniknięcie mobilizowania narządów jamy brzusznej, brak konieczności uwalniania zrostów wewnątrzotrzewnowych oraz możliwość bezpiecznego usunięcia nadnercza u chorych otyłych. Celem zobrazowania bezpieczeństwa i wartości terapeutycznej adrenalectomii laparoskopowej z dostępu zaotrzewnowego tylnego przedstawiono rzadki przypadek pacjentki z guzem chromochionnym prawego nadnercza współistniejącym z gruczolakami. 49-letnią pacjentkę diagnozowano z powodu nadciśnienia tętniczego. Stwierdzono podwyższone stężenie katecholamin oraz uwidoczniono w polu prawego nadnercza dwa guzy średnicy 40mm oraz 35mm. Chorobę poddano adrenalectomii prawostronnej z dostępu zaotrzewnowego tylnego. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W drugiej dobie usunięto dren i wypisano chorobę do domu. W badaniu pooperacyjnym rozpoznano guz chromochionny bez cech złośliwości oraz gruczolak kory nadnercza. Opisany przypadek obrazuje wyjątkowo rzadką koincydencję dwóch guzów nadnercza oraz możliwość ich bezpiecznego usunięcia z dostępu zaotrzewnowego tylnego. Dostęp ten jest szczególnie korzystny u chorych po wcześniejszych

laparotomiach. Stwierdzenie pojedynczego guza, nawet hormonalnie czynnego, nie wyklucza możliwości obciążenia kolejnego, w drugim, bądź nawet w tym samym nadnerczu.

**METODY ZAPOBIEGANIA POWSTAWANIU
ZROSTÓW POOPERACYJNYCH**

*Jacek Szamatowicz
Białystok, Polska*

Problemy powstawania zrostów pooperacyjnych dotyczą zarówno chirurgów i ginekologów. Szacuje się, że zrosty powstają po około 50% wykonanych operacji brzusznych. 60% niedrożności jelita cienkiego jest spowodowane obciążeniem zrostów. Zrosty w jamie brzusznej powstają zwykle jako wynik infekcji lub endometriozy ale także po poprzednich zabiegach operacyjnych związanych z obciążeniem „obcych” substancji w jamie brzusznej – szwy i talku. Powstawanie zrostów związane jest z uszkodzeniem, niedokrwieniem i powstaniem stanu zapalnego w obrębie operowanych tkanek. Proces ten doprowadza do aktywacji układu krzepnięcia w obrębie uszkodzonych tkanek i odkładania się w tych miejscach zrogów fibryny. Do metod zapobiegania powstawaniu zrostów zaliczamy odpowiednie techniki operacyjne i zastosowanie substancji i metod barierowych zapobiegających ich powstawaniu. Odpowiednia technika operacyjna obejmuje: Delikatne obchodzenie się z tkankami, szczególnie dotyczy okolic, które nie są w danej chwili przedmiotem operacji, dokładne hemostazy, unikanie wysychania otrzewnej w trakcie operacji, unikanie infekcji wewnątrzotrzewnowej, piukanie rękawiczek przed operacją, używanie odpowiednich szwów powodujących jak najmniejszy odczyn tkankowy i pozostawienie w obrębie pola operacyjnego jak najmniejszych obszarów niedokrwiennych. Do substancji zapobiegających powstawaniu zrostów należą między innymi Adept i Hyalobarrier iel, przy czym w literaturze ten drugi posiada udokumentowaną skuteczność w zapobieganiu zrostów pooperacyjnych. Natomiast preparaty barierowe to Interceed, Seprafilm i Gore –tex. Stosowanie preparatów barierowych charakteryzuje się wysoką skutecznością, nie zapobiega jednak powstawaniu zrostów poza polem operowanym. Substancje te mogą być zastosowane jedynie w przypadkach zapobiegania powstawaniu zrostów w konkretnym polu operacyjnym, na przykład w miejscu po usunięciu mięśniaka macicy

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа с 1,5 интервалом между строками в 2 экземплярах. Ширина поля слева — 3 см, сверху и снизу — 2,5 см, справа — 1 см. Текстовый редактор – Microsoft Word 97 и выше. Шрифт – Times New Roman, 14.

2. Объем оригинальных статей, включая рисунки, таблицы, указатель литературы, должен составлять 8-10 страниц, научных обзоров и лекций — 12 страниц, остальных материалов — 6 страниц.

3. Вначале пишутся УДК, название статьи, инициалы и фамилия авторов, ученое звание и степень, учреждение, которое представило статью.

4. Перед текстом статьи печатается реферат и ключевые слова на русском языке, затем реферат и ключевые слова на английском языке (не более 10 машинописных строк).

5. Текст статьи печатается в следующем порядке: введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, заключение, список использованной литературы.

6. Сокращение слов не допускается, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, мер, терминов. В статьях должна быть использована система единиц СИ.

7. В таблицах, графиках и диаграммах все цифры и проценты должны быть тщательно выверены автором и соответствовать цифрам в тексте. В тексте необходимо указать их место и порядковый номер (если они не внесены в компьютерный вариант статьи),

8. Фотографии, графики, рисунки, если они не внесены в компьютерный вариант статьи, должны быть размером 9 x 12 см в 2 экземплярах с обязательным указанием на обороте каждого рисунка его номера, Ф.И.О. автора и пометок «верх» и «низ». В подписях к микрофотографиям указываются увеличение (окуляр, объектив) и метод окраски или импрегнации материала.

9. В конце каждой оригинальной статьи должен быть приложен библиографический указатель работ, использованных автором, в алфавитном порядке. Следует указать номер по порядку, фамилию автора, его инициалы, полное название статьи, полное название книги или название журнала, место и год издания, том, номер страницы. Сначала приводятся отечественные работы, а затем иностранные. В тексте дается ссылка на порядковый номер списка в квадратных скобках. Библиографическое описание цитируемых работ производится в соответствии с требованиями ВАК РБ.

10. К статье прилагаются фотографии авторов только в том случае, если статья подготовлена одним или двумя авторами, а также исходные данные (Ф.И.О., звание, ученая степень, должность, учреждение, город, адрес электронной почты или контактный телефон).

11. Статья может быть изложена на одном из 3 языков — белорусском, русском или английском — и публикуется на языке оригинала.

12. В конце статьи должны быть подписи всех авторов, полностью указаны имена, отчества и контактные адреса всех авторов.

13. Обязательно предоставление материалов на магнитных носителях (диски, дискеты) с соблюдением вышеуказанных правил. Надпись на дискете должна содержать Ф.И.О. автора и название статьи. Дискета должна быть помещена в конверт.

14. Направление в редакцию ранее опубликованных или уже принятых к печати в других изданиях работ не допускается.

15. Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Обязательна виза руководителя подразделения.

16. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

17. При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

Подписано в печать 15.05.2009
Формат 60x84 1/8. Бумага офсетная.
Ризография. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 33,9. Уч.-изд. л. 30,2.
Тираж 100 экз. Заказ № 79 п.

Адрес редакции:
230009, г. Гродно, ул. Горького, 80, к. 527.
E-mail: pats_red@grsmu.by
www.grsmu.grodno.by

Учреждение образования «Гродненский
государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0133347 от 29.06.2004.
Ул. Горького, 80, 230009, г. Гродно.

ISBN 978-985-496-495-9



9789854964959

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный
медицинский университет».
Ул. Горького, 80, 230009, г. Гродно.

Технический редактор А.В. Яроцкая
Корректор Л.С. Засельская
Художественный редактор С.А. Сопач