



7

ИННОВАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

**Материалы Международной
научной конференции**

INNOVATIONS IN MODERN MEDICINE

**Materials on international
scientific conference**

НОВЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Асланов А.Д., Мизаушев Б.А., Калибатов Р.Н.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения ЖКБ использованием мининвазивной хирургии.

Хирургия малых доступов,- понятие более широкое, чем лапароскопическая хирургия, и подразумевает получение информации о месте приложения лечебного воздействия любым способом - рентгенологически, с помощью УЗИ или КТ, через минидоступ, видеоэндоскопически и т.д.

•

В результате пациенту оказывается хирургическое пособие, вызывающее минимальные болевые ощущения, дающее возможность быстрого восстановления активности и трудоспособности, требующее кратковременного пребывания в стационаре. Хирургия малых доступов характеризуется широкими показаниями, мультидисциплинарным подходом, ведущей ролью специальных навыков и специфическим оборудованием.

Материалы и методы

Произведен анализ хирургического лечения 40 больных с диагнозом ЖКБ, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении <№ 2 Республиканской клинической больницы в период с 2005 по 2007 гг. Возраст больных составлял от 27 до 70 лет.

Больные были разделены на 2 группы.

1-ю группу составили 20 больных, находившихся на лечении в период с 2005 по 2006 гг. Был проведен анализ истории болезни этих больных.

Всем больным произведена традиционная лапаротомная холеци- стэктомия. При этом длительность пребывания в стационаре составила 18-24 к/д. -

Эти больные находились под наблюдением, проходили профилактические осмотры 2 раза в год.

2-ю группу составили 20 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении № 2 Республиканской клинической больницы за 2007 г.

Всем больным произведена холецистэктомия из минидоступа с элементами «открытой лапароскопии».

В литературе описывается следующая минилапаротомия в лечении ЖКБ.

Разрез передней брюшной стенки выполняется с отступом на 2 поперечных пальца вправо от средней линии, от реберной дуги вертикально вниз длиной 3-5 см.

Основным этапом операции является установка системы крючков-зеркал и освещения - «открытая лапароскопия».

Установка крючков-зеркал и осветителя «открывает» в подпечечном пространстве зону для осмотра и манипуляций, превышающую по размеру величину разреза в передней брюшной стенке.

Выделение элементов треугольника Капо по технике выполнения отличается от традиционной холецистэктомии только необходимостью «дистанционного» оперирования и невозможностью ввести руку в брюшную полость.

Основные правила выполнения холецистэктомии из минидоступа

- При выделении элементов треугольника Кало следует отчетливо видеть стенку гепатикохоледохоса.
- Выделяемые трубчатые структуры нельзя перевязывать и пересекать до их полной идентификации.
- Если в течение 30 минут от начала выделения желчного пузыря из воспалительного инфильтрата или рубцовых сращений анатомические взаимоотношения остаются неясными, производится переход на традиционную холецистэктомию.

Эти правила выработаны на основе изучения причин осложнений и конверсий.

Операция заканчивается подведением силиконового перфорированного дренажа к ложу желчного пузыря через контраппертуру. Рана брюшной стенки ушивается послойно наглухо.

В нашей клинике предложен принципиально иной минидоступ для проведения холецистэктомии. Параллельно и ниже реберной дуги справа, с отступом на 2 см от срединной линии производится разрез длиной 3–4 см. Рассекается подкожная клетчатка и пересекается средняя треть прямой мышцы живота, при этом сохраняются латеральная и медиальная трети мышцы, содержащие крупные сосуды и нервные стволы передней брюшной стенки. При таком разрезе хорошо открывается ложа желчного пузыря, визуально возможно проведение ревизии большинства органов брюшной полости, неполное пересечение прямой мышцы живота позволяет сохранять крепкий каркас брюшного пресса. В остальном ход операции не отличается от описанного выше.

Результаты исследования

Из 1-й группы 2-е больных поступили с послеоперационными вентральными грыжами и были повторно оперированы. У 3-х больных в послеоперационном периоде отмечалась клиника хронической кишечной непроходимости на фоне спаечной болезни, по поводу которой проводились курсы консервативной терапии.

Во 2-й группе активация больных проводилась на 1-е сутки после операции. Парез кишечника не наблюдался уже на 1-е сутки после операции. Косметический шов, который был произведен всем больным, снимали на 7-е сутки и больные выписывались из отделения на 7–10-е сутки после операции. За период наблюдения осложнений у 2-й группы больных не наблюдалось.

Выводы

1. Преимущества холецистэктомии из минидоступа:

- минимальная операционная травма, отсутствие пневмопери-тонеума,
- снижение числа ранних и поздних раневых осложнений,
- отсутствие нарушений функции внешнего дыхания,
- отсутствие пареза кишечника, снижение потребности в анальгетиках из-

за минимальности травматичности операции,

- раннее восстановление двигательной активности, быстрое восстановление трудоспособности.

2. Предложенный нами доступ является органосохраняющим.

3. В отличие от общепринятого минидоступа производится более объемная визуализация и ревизия органов брюшной полости, практически сопоставимая с традиционной холецистэктомией, а по травматичности с лапароскопической холецистэктомией.

ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНОСТИ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С ТИРЕОПАТИЯМИ

Якушенко М.Н., Шорова М.Б.

>

Цель: изучение исходного состояния автономной нервной системы (АНС) в покое и ее реактивности при проведении активной ортостатической пробы у девочек с тиреопатиями.

Методика

Под нашим наблюдением находилось 156 девочек в возрасте от 9 до 17 лет. У 84 школьниц диагностирован аутоиммунный тиреоидит, а 72 девочки были с эндемическим зобом 1-2 степени. Группу контроля составили 140 девочек I-II групп здоровья, сопоставимых по возрасту. Всем обследованным детям диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины, визуально-пальпаторного и ультразвукового исследования щитовидной железы, показателей гормонального статуса.

Для исследования регуляции АНС применяли анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) по данным кардиоинтервалографии с использованием компьютерного кардиоанализатора «Анкар-131». Фоновую запись ритмограммы осуществляли с соблюдением всех необходимых условий съема, после чего проводилась активная ортостатическая проба. Оценку состояния АНС проводили по показателям математического анализа ВСР: математического ожидания (М, мс), среднего квадратического отклонения R-R интервалов (СКО, мс), моды

(Мо, мс), амплитуды моды (АМо, %), вариационного размаха R-R интервалов (ВР, мс), частоты сердечных сокращений (ЧСС, уд. в мин), индекса напряжения (ИН, усл. ед.). Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 (StatSoft, USA). Изучаемые параметры в исследуемых группах не имели нормального распределения, поэтому достоверность различий в группах оценивали по непараметрическому критерию Манна - Уитни, а оценка изменений показателей при проведении активной ортостатической пробы проводилась по критерию Вилкоксона.

Результаты

При сравнительном анализе полученных данных выявлено, что в состоянии покоя у детей с аутоиммунным тиреоидитом достоверно меньшими были значения М ($p<0,001$), Мо ($p=0,003$), СКО ($p<0,001$) и ВР ($p<0,001$) и большими величины АМо ($p<0,001$), ЧСС ($p<0,001$), ИН ($p<0,001$) в сравнении с контрольной группой. У девочек с эндемическим зобом был выявлен высокий тонус парасимпатического отдела АНС, так как у них отмечено достоверно большие показатели М ($p<0,001$), Мо ($p<0,001$), СКО ($p<0,001$), ВР ($p<0,001$) и достоверно меньшие АМо ($p<0,001$), ЧСС ($p<0,001$) и ИН ($p<0,001$) при сравнении с данными у девочек контрольной группы.

Динамика показателей ВСР при проведении активной ортостатической пробы у больных аутоиммунным тиреоидитом и эндемическим зобом была идентична таковой у здоровых школьников. Отмечались статистически значимые ($p<0,001$) рост АМо, ИН, ЧСС и падение М, Мо, СКО и ВР. Изменения активности АНС у девочек с аутоиммунным тиреоидитом на ортопробе привели к тому, что величины всех изучаемых показателей математического анализа ВСР стали достоверно отличаться от таковых в группе контроля ($p<0,01$), а у девочек с эндемическим зобом не имели достоверных отличий от показателей здоровых школьников.

Выводы

У больных с аутоиммунным тиреоидитом исходное состояние АНС свидетельствовало о повышении активности симпатического и снижении парасимпатического отдела АНС. У пациенток с эндемическим зобом исходный тонус характеризовался выраженным преобладанием активности парасимпатического отдела. Реактивность АНС при проведении активной ортостатической пробы у девочек с тиреоидитом характеризовалась нарушениями в регуляторных механизмах, что проявлялось более значительным ростом симпатической и падением парасимпатической активности относительно здоровых школьников.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВАЗОПРОСТАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Асланов А.Д., Логвина О.Е.,
Таукенова Л.И., Исхак Л.Н., Батов А.З.

Цель: улучшение результатов лечения больных с хронической критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета, путем применения вазопростана.

Объект исследования

В отделении сосудистой хирургии РКБ за период 2004-2007 гг. проведен проспективный анализ 87 пациентов с хронической критической ишемией нижних конечностей. Все пациенты были распределены на 2 группы: основную и контрольную.

Основную группу составили 42 пациента, которые в комплексном лечении применяли вазопростан. Средний возраст составил $55,3 \pm 11,2$.

Контрольную группу составили 45 больных, которым проводилась обычная реологическая терапия, включавшая: реополиглюкин, трентал, ницерголин, никотиновая кислота, актовегин, глиатилин, тром- бо-асс. Средний возраст составил $56,7 \pm 9,8$.

В динамическом наблюдении у больных основной группы, которые в систематическом порядке получали вазопростан, наблюдалось меньшее количество осложнений, 4-м (9,5 %) больным произведена ампутация нижних конечностей на разных уровнях, 7-ми (16,6 %) больным произведены реваскуляризирующие операции на артериях нижних конечностей. Из общего числа пациентов в контрольной группе ампутации произведены 12 (24,4 %) больным, 16 (35,5 %) больным произведена реконструктивная операция на различных уровнях в связи с неэффективностью реологической терапии и нарастанием критической ишемии.

Клинический пример

Больной Ш., 1949 г.р., поступил в отделение сосудистой хирургии с клиникой хронической критической ишемии правой нижней конечности в 2004 г. Из анамнеза: 4 недели назад до момента поступления перенес ОНМК по ишемическому типу. Госпитализирован с диагнозом: мультифокальный атеросклероз; атеросклероз сосудов н.к.; окклюзия берцовых артерий справа; стеноз берцовых артерий слева. ХКИНК правой н.к.

Состояние после перенесенного ОНМК в виде гемипареза слева.

На доплерографии сосудов нижних конечностей отмечается окклюзия берцовых артерий справа, стеноз слева. Плечелодыжечный индекс справа 0,33, слева 0,85.

Учитывая тяжесть состояния больного, пришлось воздержаться от реконструктивных операций на артериях правой нижней конечности. Больной получал в комплексном лечении вазопростан.

После проведенного лечения отмечается улучшение состояния больного, ХКИНК скомпенсировалась.

На контрольной доплерографии сосудов нижних конечностей отмечается положительная динамика, плечелодыжечный индекс справа 0,48. Также отмечалось улучшение мозгового кровообращения. В динамическом наблюдении больной систематически получал курс вазопростана 1 раз в год. Через 2 года на доплерографии сосудов нижних конечностей плечелодыжечный индекс справа составляет 0,72, слева 0,91.

Выводы

1. Проведение комплексной терапии с применением вазопростана уменьшает количество осложнений, связанных с ишемией нижних конечностей.

2. Прием вазопростана в основной группе позволил уменьшить количество ампутаций конечностей и количество реконструктивных операций, связанных с прогрессированием ишемии и развитием осложнений.

ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА АОРТЕ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Асланов А.Д., Логвина О.Е.,
Таукенова Л.И., Исхак Л.Н., Батов А.З.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных при рецидиве хронической критической ишемии нижних конечностей.

Объектом исследования стали 68 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии сосудов РКБ г. Нальчика в 2004-2007 гг.

У всех больных имелось полисегментарное поражение артерии нижних конечностей, что весьма затрудняет выполнение шунтирующих операций.

Всем больным ранее производились различные реваскуляризирующие операции:

27(39,7 %) больным - различные методы профундопластики,

15 (22 %) больным - поясничная симпатэктомия,

26 (38,3 %) больным - бедренно-подколенное шунтирование.

Все больные поступили с клиникой хронической критической ишемии нижних конечностей.

Проведение дуплексного и триплексного сканирования, ангиографии, а также интраоперационной ревизии сосудов нижних конечностей позволило нам ставить точный топический диагноз поражения того или иного сегмента артерии нижних конечностей.

Было выявлено, что до 80. % случаев имеется полисегментарное поражение артерии, с сохранением участков, пригодных для формирования шунтов, на протяжении которых имеется коллатеральный кровоток.

У 53 (78 %) больных удалось формировать многоуровневые, короткие шунты, и таким образом восстановить магистральный кровоток в дистальном русле у 48 (90,5 %) больных.

Клинический пример

Больной Х., 1950 г.р., поступил с клиникой хронической критической ишемии левой нижней конечности.

Ранее по поводу острого тромбоза подколенной и берцовых артерий левой нижней конечности был оперирован (произведена тромбэктомия). Затем через месяц повторно оперирован (произведена поясничная симпатэктомия), однако хроническая критическая ишемия нижней конечности сохранялась.

На ангиографии выявлено многоуровневое поражение поверхностной бедренной, подколенной, задней большеберцовой артерий и поражение передней большеберцовой артерии на всем протяжении.

Больному было произведено: многоуровневое, множественное об- щебедренно-поверхностнобедренное (с/3), поверхностно-бедренно (н/3) - подколенное (с/3), подколенно(н/3) - заднеберцовое (н/3) аутовенозное шунтирование с реверсией.

В послеоперационном периоде признаки хронической критической ишемии левой нижней конечности компенсировались; на контрольных доплерограммах за период наблюдения имеется магистральный кровоток по всем шунтам и дистальнее по задней большеберцовой артерии.

Выводы

1. У больных с перенесенными реконструктивными операциями на артериях нижних конечностей и критической ишемией часто обна-