

**ТЕЗИСЫ
IV МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ»
(г. Томск, 20.11.2015)**

УДК 617.55-089:005.745(043.2)

А.З. Азанов

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО
И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА**

*ОГБУЗ «Кемеровский областной онкологический
диспансер», г. Кемерово*

Введение. Согласно данным Всемирного гастроэнтерологического общества и Международного союза по профилактике рака пищеварительной системы (2008), колоректальный рак (КРР) является широко распространенной в мире патологией с ежегодной заболеваемостью, достигающей 1 млн случаев, и ежегодной смертностью, превышающей 500 тыс. случаев. По прогнозам WGO Practice Guidelines (2008), абсолютное число случаев КРР в мире в следующие два десятилетия увеличится в результате роста населения в целом и его старения, как в развитых, так и в развивающихся странах.

В Российской Федерации в структуре онкологической заболеваемости органов пищеварения, по данным Н.А. Шаназарова, А.М. Машкина (2014), за последние 20 лет КРР у женщин переместился с 6-го на 4-е место, а у мужчин – на 3-е, уступая лишь раку легкого, желудка и молочной железы.

Цель исследования: провести анализ случаев метастатического поражения печени у пациентов с КРР, оценить отдаленные результаты лечения данной группы пациентов.

Материал и методы. Произведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 1082 пациентов с КРР, проходивших обследование и лечение в ГБУЗ КО ОКОД с 01.12.2000 г. по 26.02.2011 г. Пациенты были

распределены по группам в зависимости от пола, возраста, локализации основного процесса, локализации и распространенности поражения печени, степени радикальности оперативного вмешательства, гистологического заключения, продолжительности жизни.

Результаты. В период с декабря 2000 г. по февраль 2011 г. на лечении в отделении ОО-1 ГБУЗ КО ОКОД находилось 1082 пациента с колоректальным раком, из них 176 (16,3%) пациентов имели солитарное или множественное поражение печени, что относило их к IV клинической группе и определяло неблагоприятный прогноз для жизни. В том числе 86 мужчин и 90 женщин в возрасте от 28 до 84 лет, средний возраст пациентов составил 62,7 года. Множественное метастатическое поражение отмечено у 140 пациентов, что составило 79,5% случаев, из них 72 женщины (51,4%), 68 мужчин (48,6%), солитарное у 36 пациентов, 20,5% случаев, из них у 18 женщин (50%), 18 мужчин (50%). По степени дифференцировки первичных злокачественных опухолей: высоко дифференцированные определены в 13% случаев, умеренно дифференцированные – в 70%, низко дифференцированные – в 8%, недифференцированные – в 2%, железисто-плоскоклеточный рак в 1%, муцинозная аденокарцинома в 2%, слизистый рак – в 2%, плоскоклеточный рак – в 2% случаев.

Оперативное вмешательство в радикальном объеме выполнено 11 пациентам (6%), паллиативные операции – 54 пациентам (31%), симптоматические – 102 пациентам (58%).

Оперативное лечение не проводилось в 9 случаях (5%) по причине отказа пациента от оперативного лечения либо из-за тяжести сопутствующей патологии.

Средняя продолжительность жизни после радикальных оперативных вмешательств составила 31 мес, после паллиативных (удаление первичной опухоли) – 16,5 мес, после симптоматических

(наложение обходных анастомозов, наложение колостом) – 8,5 мес.

Обсуждение. Практически у каждого пятого пациента с КРР на дооперационном этапе или интродоперационно выявляется метастатическое поражение печени. В группе риска находятся практически в равной степени пациенты мужского и женского пола в возрасте от 50 до 80 лет, средний возраст 62,7 года, с умеренной степенью дифференцировки опухоли. Значительно чаще среди пациентов с КРР отмечается поражение прямой кишки (из 1082 пациентов 673 (62% случаев) страдали раком прямой кишки) и метастатическое поражение печени при раке прямой кишки (109 пациентов (62% случаев)).

Пациенты с множественным вторичным поражением печени при КРР составляют 78%, что определяет данные случаи как инкурабельные и требует принятия решения о целесообразности проведения первым этапом оперативного вмешательства вообще. Так, по данным литературы, продолжительность жизни пациентов без специальных видов лечения находится в диапазоне от 4,5–18 мес.

По полученным данным, продолжительность жизни пациентов после проведения только симптоматических операций находилась в диапазоне от 1,5 до 26 мес со средней продолжительностью жизни в 8,5 мес, а после паллиативных операций – от 2 до 44 мес со средней продолжительностью жизни в 16,5 мес. В данных случаях продолжительность жизни пациентов в 26 и 44 мес могла быть объяснена объемом метастатического поражения печени.

В условиях развивающейся онкологии в строй вводятся все новые химиотерапевтические препараты, что позволяет проводить комбинированные с циторедуктивными оперативными вмешательствами специальные виды лечения, которые дают возможность продлевать жизнь пациентам. Бесспорно, что целесообразным является проведение радикальных оперативных вмешательств у пациентов с КРР с солитарным метастатическим поражением печени, о чем свидетельствует средняя продолжительность жизни пациентов в 31 мес.

При лечении лиц пожилого возраста проведение химиотерапии, оперативного вмешательства сопряжено с риском развития осложнений, вытекающих из физиологических изменений в организме, резервов организма, полипрагмазии. Количество лиц пожилого возраста будет неуклонно расти, что требует активного внедрения адекватных программ скрининга, схем химиотерапии, методов малоинвазивной локальной деструкции метастатических очагов в печени.

Н.А. Алексеев, А.И. Баранов,
Ю.В. Снигирев

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ АНТЕГРАДНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

МБАПУ «Городская клиническая
больница № 5», г. Новокузнецк
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный
институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации, г. Новокузнецк

Введение. В настоящее время не до конца решен вопрос о тактике применения одноэтапного лечения осложненной желчнокаменной болезни (ЖКБ), вариантом которой является одноэтапное выполнение холецистэктомии и антеградной папиллосфинктеротомии и ретроградной литоэкстракции под контролем дуоденоскопа. Отсутствует четкая тактика, методика и технические приемы выполнения интраоперационной антеградной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ИАЭПСТ). Поэтому целью исследования является изучение применения ИАЭПСТ в лечении больных с холедохолитиазом.

Материал и методы. Исследование проведено среди 408 больных с холангиолитиазом и патологией дистального отдела холедоха ((женщин – 81,4% и мужчин – 18,6%, в возрасте от 20 до 87 лет), госпитализированных в МБАПУ «ГКБ № 5» г. Новокузнецка (62,7% в плановом и 37,3% в экстренном порядке) с 2008 по 2012 г. У всех больных была применена одномоментная тактика лечения ЖКБ. Для верификации диагноза и сопутствующих патологий использовали стандартный комплекс клинических, лабораторных и инструментальных данных. Лапароскопический доступ лечения был выполнен 351 больному (86%), мини-доступ – 35 больным (8,6%), традиционная лапаротомия – 22 (5,4%). Во время вмешательства во всех случаях проводилась операционная холангиография (ОХГ). Все операции сопровождалось выполнением ИАЭПСТ. Суть метода АЭПСТ заключается в следующем: при выявлении холедохолитиаза или стеноза большого дуоденального сосочка (БДС) положение пациента не меняется, вводится папиллотом через пузырный проток или через холедохотомическое отверстие в двенадцатиперстную кишку. Далее производится фибродуоденоско-

пия для визуализации БДС и контроля положения папиллотомы. Режущая струна папиллотомы устанавливается в рабочем положении и выполняется папиллосфинктеротомия. Мелкие конкременты и слепки солей вымывались из холедоха через катетер или папиллотом. Конкременты от 4 до 6 мм низводились в двенадцатиперстную кишку баллонными катетерами. Конкременты более 6 мм удаляли корзинкой.

Результаты и обсуждения. На выбор доступа при одноэтапной тактике лечения (лапароскопический, мини-доступ, традиционная лапаротомия) влияли такие критерии, как клиническая картина, диаметр холедоха по данным УЗИ, диаметр камней гепатикохоледоха и их количество (возможность устранения холедохолитиаза), данные клинико-биохимических показателей, предыдущие хирургические вмешательства на верхнем этаже брюшной полости, отсутствие или наличие доступа к БДС по данным ФГДС и анамнеза, возможность выполнения ПСТ, наличие холангита, наличие инфильтрата по данным обследования, тяжесть сопутствующей патологии в плане возможности наложения пневмоперитонеума. Показаниями к ИАЭПСТ являлись: отсутствие блока желчного протока, интраоперационно диагностированная патология желчного протока, в том числе не выявленная на дооперационном этапе, возможность доступа к БДС. Абсолютными противопоказания к ИАЭПСТ были: отсутствие доступа к БДС, продолженный стеноз дистальной части холедоха, полный блок желчного протока. Средние сроки пребывания в стационаре после лапароскопического вмешательства составили ($6,5 \pm 1,6$) сут, после минилапаротомного – ($6,8 \pm 1,9$) сут, после традиционного лапаротомного доступа – ($12,1 \pm 1,9$) сут. Применяемая хирургическая одномоментная тактика позволила адекватно устранить патологию желчных путей путем расширения возможностей малоинвазивных вмешательств, что, в свою очередь, сократило сроки пребывания пациентов в стационаре. Осложнения, возникающие у пациентов, которым была применена одноэтапная тактика лечения осложненной ЖКБ с выполнением АЭПСТ, можно разделить на две категории: 1) специфические, т.е. связанные с вмешательством на БДС; 2) связанные с доступом. Специфические осложнения отмечены у 2 (0,5%) пациентов: в одном случае имело место кровотечение из БДС после АЭПСТ, что потребовало выполнения лапаротомии, гемостаза; в одном случае развился острый панкреатит, который купировался консервативно. Количество осложнений, связанных с доступом, составило 17 (4,2%). После лапароскопических вмешательств осложнения были единичными – 3 (0,7%), после минилапаротомных вмешательств – 3 (0,7%),

после традиционных вмешательств – 11 (2,6%). Больше всего осложнений отмечено при традиционной лапаротомии, что связано с более обширной операционной травмой и тяжестью состояния пациентов.

Заключение. Применяемая одномоментная тактика лечения холецистохоледохолитиаза с выполнением АЭПСТ позволила снизить число осложнений, в том числе дооперационных осложнений ретроградных вмешательств, сократить сроки госпитализации, расширить возможности малоинвазивных вмешательств.

В.А. Алексеев¹, Е.А. Рыжова², С.А. Сиухина²

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ II–III СТЕПЕНИ

¹ ОГАУЗ «Медицинский центр
им. Г.К. Жерлова», г. Северск

² ГБОУ ВПО «Сибирский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
г. Томск

Материал и методы. Разработан в эксперименте новый способ хирургического лечения ахалазии кардии II–III стадии (Патент РФ № 2489970 от 20.08.2013). Методику формирования искусственного кардиоэзофагеального перехода отрабатывали на 20 кроликах породы шиншилла обоего пола массой тела 5–10 кг. Содержание животных осуществлялось в соответствии с правилами, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и иных научных целей (Страсбург, 1986).

Операция выполняется следующим образом. Под внутривенным золетилловым наркозом выполняли верхне-срединную лапаротомию. Производили мобилизацию абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка, для чего низводили кардию и абдоминальный отдел пищевода вместе с клетчаткой связочным аппаратом, стволами блуждающих нервов и их основными ветвями. На протяжении 6–7 см мобилизовали абдоминальный и внутрибрюшной сегменты пищевода, скелетировали проксимальный участок малой кривизны тела желудка с пресечением 1–2 коротких сосудов. Выполняли селективную проксимальную ваготомию. В зоне кардиоэзофагеального перехода выполняли демускуляризацию пищевода с обязательным сохранением блуждающих нервов. Для этого на предполагаемом уровне демускуляризации накладывали швы-держалки. Затем производили

поперечные циркулярные миотомные разрезы: один на 5 мм проксимальнее «визуальной границы перехода неизменной стенки пищевода в участок сужения» и другой – на 5 мм дистальнее «визуальной границы перехода зоны сужения в неизмененную стенку желудка», мышечные волокна рассекали до подслизистого слоя. Без вскрытия просвета пищевода производили полное циркулярное удаление мышечно-серозного покрова. После этого на мышечную оболочку пищевода и серозно-мышечную оболочку желудка накладывали узловое швы-держалки, которые поочередно завязывали, при этом производили погружение подслизистослизистого футляра, формируя тем самым инвагинационный арефлюксный клапан.

Результаты и обсуждение. На протяжении всего оперативного вмешательства и в течение первых 2–3 сут раннего послеоперационного периода животным проводили инфузионную терапию в объеме до 500 мл. Вводили растворы 5% глюкозы и 0,9% натрия хлорида. Для купирования болевого синдрома использовали ненаркотические анальгетики (раствор анальгина 50% по 1–2 мл в/м через 4–6 ч).

Кормление животных начинали с первых суток после операции, с постепенным увеличением рациона и объема пищи. При клиническом наблюдении за животными в раннем послеоперационном периоде обращали внимание на поведение, активность, аппетит, наличие рвотных масс в клетке, а также динамику массы их тела.

Исследование анатомии антирефлюксного клапана изучали с помощью метода замораживания изолированного органа согласно канонам «ледяной анатомии» по Н.И. Пирогову (1851) в модификации А.А. Сотникова и И.Б. Казанцева (2011).

Было изучено 6 органокомплексов пищевод-желудок-ЛДПК, не имевших патологических изменений стенок органов в сроки 0,5, 1 и 3 мес. После извлечения органокомплекс промывали проточной водой для очищения от содержимого, затем на луковицу ДПК накладывали капроновую лигатуру. В отрезок пищевода вводили беспоршневую часть шприца, которую также фиксировали лигатурой. К шприцу присоединяли трубку с грушей тонометра, с помощью которой в просвет органокомплекса нагнетали воздух до принятия им формы, напоминающей естественную. Далее органокомплекс помещали в морозильную камеру при температуре -25°C . По истечении 4 ч производили срезы органокомплекса в трех плоскостях: фронтальной, сагиттальной и аксиальной.

На замороженных препаратах желудок и пищевод обычной формы и объема, отчетливо

визуализировался реконструированный острый угол Гиса.

При оттаивании органокомплекса при комнатной температуре и нагнетании внутрь пищевода воды, последняя свободно минует клапан и поступает в полость желудка. При этом створки клапана и искусственный угол Гиса надежно препятствуют ретроградному току введенной в просвет желудка жидкости. На сагиттальном разрезе в области кардиоэзофагеального перехода четко виден антирефлюксный клапан, образованный внутренним слизисто-подслизистым футляром органокомплекса, инвагинирующий в просвет желудка. На разрезе клапан представлен складкой слизистой оболочки пищевода и, частично снаружи, слизистой оболочкой желудка, высотой до 3,0 см. При оттаивании органокомплекса клапан отчетливо пальпируется через стенку желудка, створки клапана эластичны, подвижны.

Заключение. Таким образом, изучение сформированного в пищеводно-желудочном переходе искусственного клапана в различные сроки после операции в эксперименте показало, что предпринятый вариант оперативного вмешательства способствует формированию на границе пищевода и желудка своеобразной антирефлюксной структуры, сохраняющей свою анатомическую состоятельность во все сроки наблюдения.

С.А. Батискин, Д.Г. Золоев

ВЛИЯНИЕ ЛОДЫЖЕЧНО-АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ ПЕРВИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА УРОВНЕ ГОЛЕНИ

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический
центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России,
г. Новокузнецк

Актуальность. Проблема ампутации конечности остается одним из наиболее сложных разделов хирургии. Важнейшим аспектом является сохранение коленного сустава. Преимущества транстибиального усечения конечности перед трансфemorальным очевидны, однако по-прежнему в хирургических стационарах отдается предпочтение ампутации нижней конечности на уровне бедра. Сохранение коленного сустава и заживление послеоперационной раны культы голени первичным натяжением является одним из наиболее сложных разделов хирургии.

Цель исследования – изучить влияние показателей лодыжечно-артериального давления на заживление послеоперационной раны культи голени первичным натяжением.

Материал и методы. Объектом исследования служили больные атеросклерозом, сахарным диабетом, облитерирующим тромбангиитом, которым выполнены ампутации конечности на уровне бедра или голени в отделении сосудистой хирургии (ОСХ) ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 1998 по 2007 г. В качестве первичных материалов исследования служили следующие документы: истории болезни пациентов, госпитализированных в ОСХ ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России; сведения базы данных «Клиника» обо всех больных, госпитализированных в клинику ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России; сведения локальных баз данных. В базу данных занесены возраст, пол больных, код диагноза в соответствии с МКБ-10, сведения о показателях гемодинамики и ишемии конечности по классификации А.В. Покровского в дооперационном периоде, а также сведения об операциях ампутаций бедра и голени, предшествующих реконструктивных операциях на артериях.

Для изучения гемодинамического фактора проводилось клиническое обследование больных, изучение параметров ультразвуковой доплерографии с регистрацией лодыжечно-артериального давления (ЛАД). При распределении больных на группы по тяжести ишемии пользовались пороговыми показателями гемодинамики в соответствии с рекомендациями TASC II и Российскими национальными рекомендациями. Снижение ЛАД как в задней, так и в передней большеберцовых артериях до 50 мм рт. ст. и ниже расценивали как критическую ишемию нижней конечности.

Изучены результаты 202 ампутаций голени, выполненных в период с 1998 по 2007 г.; в трехмесячный период после операции у больных в зависимости от порогового показателя ЛАД (50 мм рт. ст.) выполнены реампутации на уровне бедра. В группу взяты пациенты с первичными ампутациями голени без выделения по нозологиям.

Сравнение двух независимых групп по одному признаку проводили с использованием критерия t-Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$ (вероятность возникновения ошибки при отклонении нулевой гипотезы). Вычисления проводились с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты. Как видно из данных, представленных в таблице, у пациентов с показателями ЛАД > 50 мм рт. ст. число реампутаций на уровне бедра в трехмесячный период после ампута-

ции было статистически значимо ниже соответствующих значений в группе пациентов с показателями ЛАД ≤ 50 мм рт. ст.

Показатели числа первичных ампутаций голени и реампутаций бедра в трехмесячный период после ампутации у больных с показателями ЛАД ≤ 50 мм рт. ст. и ЛАД > 50 мм рт. ст.

Показатель	ЛАД, мм рт. ст.						
	≤ 50			> 50			
	n	%	m	n	%	m	p
Число ампутаций голени	78	100,0	–	124	100,0	–	–
Число реампутаций бедра в трехмесячный период	19	24,4	4,9	8	6,5	2,2	$< 0,01$

Заключение. Показатели лодыжечно-артериального давления перед ампутацией голени могут влиять на заживление послеоперационной раны культи голени первичным натяжением и более, чем в 70% случаев сохранить коленный сустав.

С.В. Быстров^{1,3}, П.И. Горх², А.О. Ивченко¹,
О.А. Ивченко¹, А.И. Чирьев¹, В.В. Алипов^{1,3},
Е.В. Гаврилин¹

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА
ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

¹ ГБОУ ВПО «Сибирский государственный
медицинский университет» Минздрава
России, г. Томск

² ОГБУЗ «Патологоанатомическое
бюро», г. Томск

³ ОГАУЗ «Томская областная клиническая
больница», г. Томск

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее частых хронических заболеваний, занимая третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. В последние десятилетия отмечается значительный рост данной группы пациентов, что связано с наличием многочисленных факторов риска, особенно это актуально для экономически развитых стран. Многочисленные исследования и клинические наблюдения показали, что ЖКБ может возникать в любом возрасте, при этом женщины болеют значительно чаще мужчин. Высокая распространенность данного забо-

левания, а также внедрение в практику новых, менее инвазивных оперативных технологий расширило показания к операциям по поводу холелитиаза, их число с каждым годом неуклонно растет. Подобная тенденция наблюдается и в хирургическом отделении Томской областной клинической больницы.

Материал и методы. Выполнив за период с 2001 по 2015 г. 621 холецистэктомию в плановом порядке, в 44 случаях (7,1%) (35 женщин, 9 мужчин), при визуальном исследовании операционного материала, были отмечены изменения, не укладывающиеся в картину ни одной из известных форм хронического воспаления желчного пузыря. Средний возраст больных составил 65,9 лет (от 32 до 87 лет). Световая микроскопия гистологических препаратов желчных пузырей проводилась на микроскопе Zeiss Axio Lab. A1 с увеличением в 10, 20, 40 и 63 раза. Окраска препаратов осуществлялась гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону.

Результаты исследования. Желчные пузыри, привлекая наше внимание, отличались некоторыми макроскопическими особенностями, а именно: увеличением размеров пузыря, наличием в их просвете гнойного или фибринозно-гнойного экссудата, резким диффузным утолщением стенки от 1 до 3 см, а также ее уплотнением и неоднородностью окраски, со стороны слизистой отмечалась ее неровность за счет наличия мелких полиповидных выростов буро-красного или серо-красного цвета. Также на слизистой встречались эрозии неправильной формы с серо-желтыми пленчатыми наложениями фибрина. Определялась неровность серозной оболочки, ее шероховатость, разрастание белесовато-серой ткани. Вышеописанные изменения настораживали нас в плане онкопатологии, так как макроскопически были похожи на эндофитную форму рака желчного пузыря.

В дальнейшем перед морфологами была поставлена задача более прицельного исследования операционного материала. После вырезки материала и его плановой проводки с последующей окраской препаратов гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону микроскопически были обнаружены следующие изменения:

1. Слизистая пузыря на отдельных участках отсутствовала, была некротизирована и замещена молодой и зрелой грануляционной тканью, обильно инфильтрированной лейкоцитами, лимфоцитами и гистиоцитами с образованием грануляционных полипов, лимфоидных фолликулов. На сохраненных участках отмечалась атрофия желез, инфильтрация лейкоцитами, лимфоцитами, макрофагами. На поверхности слизистой встречались сетчатые эозинофильные

наложения фибрина с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов и гнойных телец.

2. Мышечная и серозная оболочка были резко утолщены за счет склероза, пролиферации фибробластов, определялась лимфогистиоцитарная инфильтрация мышечного и серозного слоя с образованием лимфоидных фолликулов. При этом отмечалась атрофия гладких мышц или их полное исчезновение. Со стороны сосудов пузыря отмечалось резкое утолщение стенок артериол с их склерозом и сужением просвета.

3. Данных за онкопатологию при гистологическом исследовании обнаружено не было.

При бактериологическом исследовании пузырного содержимого были выявлены ассоциации микробов различных видов, причем с высокой степенью обсемененности 10^7 – 10^8 КОЕ/г. Большую часть выделенных штаммов составляют *P. aeruginosa*, *E. coli* и *C. freundii*, также высевались грамположительные кокки родов *Staphylococcus* и *Enterococcus*. В ряде случаев (у 12 пациентов) рост микроорганизмов отсутствовал.

Заключение. При оформлении заключения у морфологов закономерно возникал вопрос определения формы хронического холецистита. Это мог быть хронический «рецидивирующий», хронический холецистит с высокой активностью воспаления, обострением по типу гнойного или другая форма. В ходе совместной дискуссии нами было определено, что эти случаи холецистита встречались при ЖКБ, возникали при обтурации пузырного протока со скоплением в просвете пузыря гнойного или фибринозно-гнойного экссудата – эмпиемы. Эти случаи холецистита в основном были клинически «немые», и больные оперировались в плановом порядке.

Необходимо отметить, что помимо отсутствия клинических проявлений заболевания, у данной группы пациентов не было каких-либо значимых изменений при общеклинических и биохимических исследованиях крови, УЗИ-исследовании желчевыведительной системы проводимых на догоспитальном этапе при плановой госпитализации, что не позволяло заподозрить наличие гнойного процесса в желчном пузыре в дооперационном периоде. Также нами выполнялось иммуногистохимическое исследование биоптата, но каких-либо стойких закономерностей отмечено не было.

На наш взгляд, эта тема интересна с клинической и патоморфологической стороны. Перед собой мы ставим три основные задачи:

1. Можно ли вести речь о хронической эмпиеме желчного пузыря или «хроническом абсцессе», так как имеются все основания говорить о хроническом гнойном воспалении – это трехслойное строение очага: первый слой гнойно-некротический, затем слой грануляционной

ткани и слой соединительной ткани. В имеющейся на данный момент классификации холециститов и их осложнений данного понятия нет, поэтому необходимо его ввести.

2. Выявить механизм и репрезентативные маркеры иммунного ответа при данном типе воспалительной реакции в желчном пузыре.

3. Проанализировать и выявить характерные эхографические признаки хронической эмпиемы желчного пузыря, которые будут способствовать ранней диагностике данного осложнения.

При решении поставленных задач мы рассчитываем получить четкие данные для раннего выявления таких пациентов и своевременно направленного их на плановое оперативное лечение.

**В.М. Воробьев^{1,2}, А.П. Кошель^{1,2},
С.С. Клоков^{1,2}, Т.Я. Кучерова¹,
А.В. Копанчук³**

ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

¹ ОГАУЗ «Медицинский центр
им. Г.К. Жерлова», г. Северск

² ГБОУ ВПО «Сибирский государственный
медицинский университет» Минздрава
России, г. Томск

³ ОГАУЗ «Больница скорой медицинской
помощи», г. Томск

Цель исследования – разработать систему этапной реабилитации больных после хирургического лечения гастродуоденальной язвенной болезни, осложненной кровотечением.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 246 больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка (62) и двенадцатиперстной кишки (175), а также сочетанной язвы (9), осложненной кровотечением. Все пациенты оперированы с применением новых хирургических технологий. Резекция 1/2 желудка по Billroth I выполнена у 133 больных, различные варианты СПВ с иссечением язвы и дуоденопластикой – у 53, пилоросохраняющая резекция – у 27, гастротомия и прошивание язвы – у 13, прочие (проксимальная резекция, экстирпация культи и т.д.) – у 20 пациентов.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде основное внимание уделялось восстановлению моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка с помощью медикаментозных (прокинетики) и физических факторов (раннее вставание и активизация па-

циентов, физиолечение, применение АЭС ЖКТ и т.п.).

В сроки от 1,5 до 2 мес после операции все пациенты проходили обязательное комплексное стационарное обследование, по результатам которого решался вопрос о трудовой и медицинской реабилитации. При наличии признаков нарушения моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка, а также симптомов постгастрорезекционных и постваготомических расстройств, пациенту назначали курс реабилитационных мероприятий, включающий медикаментозные (прокинетики, ферменты) и физиотерапевтические (КВЧ-терапия, СМТ, АЭС ЖКТ) методы. После выписки пациенту рекомендовали проходить амбулаторное или стационарное обследование и (по показаниям) курсы восстановительного лечения не реже 1 раза в 2–3 года.

Проведенное комплексное стационарное обследование в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде показало, что уровень качества жизни у пациентов, оперированных с использованием новых хирургических технологий, остается стабильно высоким. Отличные и хорошие отдаленные результаты операции зафиксированы у 95,4% больных.

Заключение. Таким образом, принятый в Медицинском центре им. Г.К. Жерлова комплекс реабилитационных мероприятий у больных, оперированных по поводу осложненной язвенной болезни, позволил добиться хороших и отличных результатов лечения у 95,4% пациентов.

А.В. Жарников, А.Н. Плеханов

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОДЛЕННОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОПИВАКАИНА ГИДРОХЛОРИДА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный
университет», г. Улан-Удэ

Введение. Спинальную анестезию можно считать методом выбора у «проблемных» пожилых пациентов, страдающих тяжелой сопутствующей патологией.

Выбор оптимального анестетика для послеоперационной аналгезии, обладающего низкой кардио- и нейротоксичностью, быстрым и хорошо прогнозируемым эффектом и большой широтой терапевтического действия, является важным звеном в решении проблемы ранней активизации возрастных пациентов после хирургических вмешательств.

В связи с этим возникает необходимость специального исследования применения раствора ропивакаина гидрохлорида при продленной спинальной анестезии (ПСА) у возрастных больных.

Цель исследования – изучить влияние ропивакаина гидрохлорида на качество обезболивания у пациентов пожилого и старческого возраста в условиях ПСА.

Материал и методы. Течение анестезии было изучено у 59 пациентов, оперированных в плановом и экстренном порядке на нижнем этаже брюшной полости и нижних конечностях, в условиях ПСА. Наблюдались пациенты в возрасте от 63 до 81 лет. Мужчин было 39, женщин – 20.

Седацию в ходе операции проводили сибазоном в среднем в дозе 5–10 мг (дробно). По окончании операции больного переводили в ОРИТ, спинальный катетер оставляли для дальнейшего послеоперационного обезболивания и удаляли на вторые сутки.

Фармакологическую активность препаратов оценивали по визуальной аналоговой шкале эффективности обезболивания (ВАШ). Развитие и распространенность сенсорного блока регистрировали путем проведения теста «pin prick», утраты болевой чувствительности кожи в ответ на раздражения иглой. Для оценки моторной блокады использовали модифицированную шкалу Bromage. Кроме того, проводили автоматическое неинвазивное измерение артериального давления с интервалом 5 мин, ЧСС, пульсовую пальцевую оксиметрию.

Результаты и обсуждение. Латентный период определялся как промежуток времени от момента окончания введения дозы до достижения максимального уровня сенсорного блока и составил $(11,5 \pm 1,1)$ мин. Вводная доза дополнительной спинальной инъекции в спинальный катетер на первом этапе (интраоперационно) не потребовалась и равнялась 15, 25 мг ропивакаина гидрохлорида. Моторная блокада, создаваемая препаратом ропивакаина гидрохлорид, была менее интенсивная и менее продолжительная.

В общей сложности при проведении ПСА необходимость в переходе на общую анестезию возникла у одного больного из-за расширения объема операции вследствие низкого сегментарного блока.

Подводя итог анализу характеристик сегментарных блокад, можно заметить, что при использовании ропивакаина гидрохлорида отмечалась продолжительная и адекватная анестезия. При более выраженной сенсорной блокаде моторный блок, создаваемый этим препаратом, был менее интенсивным и менее продолжительным.

При исследовании показателей гемодинамики на этапах оперативного вмешательства отмечалось их снижение лишь у 6 (10%) больных.

При использовании ропивакаина гидрохлорида различия показателей гемодинамики на этапах операции снижались не достоверно ($p = 0,8$), что свидетельствует о менее выраженном кардиотоксическом эффекте исследуемого препарата.

Выводы

1. Применение ропивакаина оказывает наиболее выраженный анальгетический эффект по сравнению с препаратами сравнения (лидокаин, маркаин). Этот препарат обладает меньшей системной токсичностью у пациентов пожилого и старческого возраста.

2. Использование ропивакаина у пациентов пожилого и старческого возраста сопровождается менее выраженными гемодинамическими сдвигами.

Д.Г. Золотов, А.И. Баранов

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИШЕМИИ КУЛЬТИ БЕДРА В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ

*ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический
центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда
России, г. Новокузнецк
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный
институт усовершенствования врачей»
Минздрава России, г. Новокузнецк*

Ишемия культы бедра в отдаленном периоде после трансфemorальной ампутации является крайне тяжелой патологией, не только ухудшающей условия реабилитации, но и существенно повышающей риск смерти больных. Однако многие аспекты этой проблемы остаются недостаточно изученными.

Цель исследования – определить факторы, влияющие на возникновение ишемии культы бедра в позднем периоде после ампутации.

Материал и методы. Объектом исследования служили больные атеросклерозом, сахарным диабетом, облитерирующим тромбангиитом с ампутационной культей бедра.

Для анализа случаев ишемии культы бедра, возникшей в поздние сроки (более 3 мес) после ампутации, сформирована выборка из 196 больных, которым проведена ампутация конечности в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 1998 по 2013 г.

Критерии включения: указание в истории болезни о выполнении ампутации бедра; указание о хронической ишемии конечности как причины ампутации; диагноз атеросклероза, сахар-

ного диабета, облитерирующего тромбангиита как основного заболевания. Критериев исключения не было. Проведен анализ историй болезни 45 больных, поступивших в клинику ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 1 января 1998 г. по 31 декабря 2013 г., с наличием ишемии культы бедра, которая наступила в сроки 3 мес и более после ампутации (основная группа). Из них 20 пациентам ампутация бедра выполнена в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, 25 пациентам – в других хирургических стационарах. Контрольную группу составил 151 пациент с наличием культы бедра без признаков ее ишемии, поступивший на проведение реабилитационных и лечебных мероприятий в тот же период времени (все – жители г. Новокузнецка). Критериями тяжелой хронической ишемии культы бедра в ходе анализа медицинских документов служили: наличие стойкого болевого синдрома, требующего применения наркотических анальгетиков, и (или) язв, некрозов, гангрены культы бедра; указание о проведении реампутации бедра (все случаи, независимо от других признаков); данные о возрастании уровня миоглобина крови более 512 мкг/л, а также критического снижения показателей гемодинамики культы бедра (реографический индекс $< 0,04$ усл. ед.; $TcPO_2 < 20$ мм рт. ст.); у умерших больных – данные патологоанатомического исследования тканей культы бедра. В качестве возможных факторов рассматривали следующие признаки: гендерный, возрастной, нозологический, место жительства, наличие культы контрлатеральной стороны, исходная тяжесть ишемии конечности, исходные показатели лодыжечного артериального давления, вид ампутации (первичная или вторичная), исходная локализация облитерирующего поражения артерий.

Вычисляли выборочную долю (%) и среднюю ошибку выборки m . Сравнение долей проводили с помощью критерия Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Вычисления проводились с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты. По данным дуплексного сканирования артерий аорто-подвздошно-бедренного сегмента, у большинства пациентов контрольной группы имелась хорошая проходимость инфраренального отдела аорты и общей подвздошной артерии (ОПА). Напротив, лишь у трети больных с ишемией культы отмечена проходимость ОПА.

При изучении предполагаемых факторов риска развития ишемии культы бедра установлено, что у пациентов с ишемией культы статистически значимо выше, чем у пациентов без ишемии ($p < 0,05$) была частота случаев принадлеж-

ности к мужскому полу (93,3 и 80,1%), частота случаев атеросклероза (85,1 и 66,2%), частота признака наличия культы бедра с контрлатеральной стороны (38,3 и 2,7%). В отношении остальных изучаемых параметров статистически значимых отличий между группами не отмечено.

Вывод. Таким образом, факторами, влияющими на возникновение ишемии культы бедра в сроки более 3 мес после ампутации конечности, являются: локализация облитерирующего поражения в проксимальных отделах артериального русла конечности, наличие постампутационного дефекта бедра с контрлатеральной стороны, мужской пол, атеросклероз в качестве основного заболевания. Такие факторы, как возраст, место жительства, вид ампутации (первичная или вторичная), исходная тяжесть ишемии конечности III ст. существенного значения не имеют.

О.В. Кокорев¹, В.Н. Ходоренко¹,
Г.Ц. Дамбаев², В.Э. Гюнтер¹

ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ АКТИВНОСТЬ АЛЛОГЕННЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА, ИММОБИЛИЗОВАННЫХ В ПОРИСТО-ПРОНИЦАЕМОМ ИНКУБАТОРЕ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

¹ НИИ медицинских материалов и имплантатов
с памятью формы, г. Томск

² ГБОУ ВПО «Сибирский государственный
медицинский университет» Минздрава
России, г. Томск

Введение. Наиболее эффективным методом при лечении неоперабельных онкологических заболеваний в настоящее время является мини-аллогенная трансплантация. При этом виде лечения основной упор делается на реакцию «трансплантат против опухоли». Как показывают исследования, введение лимфоцитов донора позволяет добиться полной ремиссии опухоли даже в случае рецидива после аллогенной трансплантации от того же донора, но данные эффекты нестабильны и не продолжительны из-за быстрой элиминации донорских лимфоцитов. При этом основной проблемой в клеточной трансплантологии является сохранение жизнеспособности и функциональной активности клеток в организме пациента и их защита от иммунной системы реципиента. В последние годы наиболее подходящими для этих целей являются трехмерные пористые биоматериалы (3D-scaffold). Специфическое пористое

пространство не позволяет эффекторам иммунитета быстро уничтожить помещенные в него клетки.

В НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (г. Томск) созданы пористо-проницаемые инкубаторы из никелида титана, которые могут использоваться в качестве материала-носителя клеточных культур различных органов. Материал обладает уникальными свойствами: имеет высокопористо-проницаемую структуру за счет открытых взаимосвязанных пор, характеризуется высокой степенью смачиваемости с тканевыми средами, отвечает требованиям биохимической и биомеханической совместимости.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности модуляции противоопухолевого ответа при трансплантации аллогенного костного мозга в пористо-проницаемом инкубаторе из никелида титана.

Результаты. Согласно полученным данным (табл. 1), внутрибрюшинная инъекция аллогенного костного мозга (КМ) снижает метастазирование на 30% и обладает незначительным (10%-м) противоопухолевым эффектом. В то же время имплантация клеток КМ на инкубаторе-носителе (КМ + TiNi) приводит к более выра-

женному противоопухолевому (25%) и существенному антиметастатическому эффектам (45%). При этом продолжительность жизни животных с опухолями и имплантированными клетками КМ на инкубаторе из никелида титана увеличивается на 60%.

Так как клетки КМ не оказывают прямого антипролиферативного эффекта на опухолевые клетки-мишени *in vitro*, то можно считать, что одним из возможных механизмов влияния трансплантации КМ на опухолевый процесс является стимуляция эндогенных эффекторов противоопухолевого иммунитета. Исследование морфофизиологических параметров иммунокомпетентных органов показало, что введение аллогенных клеток КМ способствует уменьшению регрессии тимуса, уменьшает спленомегалию (табл. 2) у животных с перевиваемыми опухолями.

Имплантацию клеток на инкубаторах из никелида титана можно производить малоинвазивно с помощью троакарной техники.

Заключение. Показано, что трансплантация аллогенных клеток костного мозга на пористом инкубаторе пролонгирует и усиливает противоопухолевое и антиметастатическое действие по сравнению с инъекционным введением клеток.

Таблица 1

Показатели противоопухолевой и антиметастатической активности у мышей C57BL/6 с меланомой В-16 после трансплантации аллогенного костного мозга на пористо-проницаемых инкубаторах из никелида титана

Группа животных	Торможение роста опухоли, %	Частота метастазирования, %	Среднее число метастазов ($X \pm m$)	Индекс ингибиции метастазирования, %	Средний объем метастазов, мм ³ ($X \pm m$)
Опухоль	–	100	22,2 ± 2,5	–	26,8 ± 2,7
КМ	10,3	80	16,8 ± 2,0 $p < 0,05$	29,5	20,1 ± 2,1 $p < 0,05$
КМ + TiNi	24,7	80	14,6 ± 2,5 $p < 0,05$	45,8	18,2 ± 3,9 $p < 0,05$

Примечание. $p < 0,05$ – различия достоверны с группой «Опухоль».

Таблица 2

Параметры опухоли и органов иммунитета после трансплантации аллогенного костного мозга на пористо-проницаемых инкубаторах из никелида титана у мышей C57BL/6 с меланомой В-16

Группа животных	Масса селезенки, мг	Масса тимуса, мг	Масса опухоли, г	Объем опухоли, мм ³
Контроль	74 ± 5,8	33,5 ± 1,8	–	–
Опухоль	476 ± 60	7,5 ± 3,2	12,015 ± 1,074	31,6 ± 1,72
КМ	299 ± 96	17,1 ± 1,6	11,595 ± 0,663	30,2 ± 1,02
КМ + TiNi	242 ± 53 $p < 0,05$	22,8 ± 2,8 $p < 0,05$	10,303 ± 0,588 $p < 0,05$	29,6 ± 1,44

Примечание: $p < 0,05$ – различия достоверны с группой «Опухоль».

А.П. Кошель^{1,2}, С.С. Клоков^{1,2},
В.М. Воробьев^{1,2}, Р.С. Нустафеев¹,
В.А. Авхименко³

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА

¹ ОГАУЗ «Медицинский центр
им. Г.К. Жерлова», г. Северск

² ГБОУ ВПО «Сибирский государственный
медицинский университет» Минздрава
России, г. Томск

³ ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России, г. Северск

Любая хирургическая манипуляция на желудке представляет собой весьма травматичное вмешательство, сопровождающееся в раннем послеоперационном периоде выраженной болевой реакцией, нарушениями водно-электролитного, углеводного и белкового обменов, снижением объема циркулирующей крови. Не подлежит обсуждению тот факт, что основа благоприятного течения отдаленного послеоперационного периода закладывается в ранние сроки после операции.

Медицинская реабилитация пациентов, перенесших операцию на желудке, должна проводиться в три этапа:

1-й этап – ранний стационарный (до выписки из отделения);

2-й этап – ближайший (в сроки от 1,5 до 2 мес после операции);

3-й этап – лечебно-реабилитационный (по показаниям): наличие признаков болезни оперированного желудка, выявленной в послеоперационном периоде (сопутствующие заболевания и т.п.).

В раннем послеоперационном периоде мы обращаем особое внимание на следующие моменты:

1) адекватное обезболивание, особенно в первые сутки после операции;

2) декомпрессия оперированного желудка;

3) восстановление моторно-эвакуаторной функции проксимального отдела пищеварительного тракта;

4) коррекция водно-электролитных нарушений и полноценное энтеральное питание в ранние сроки после операции.

В последние годы в литературе имеется достаточно большое количество работ, посвященных изучению послеоперационной боли, разработке новых методик анальгезии, поиску наиболее

адекватных и эффективных схем послеоперационного обезболивания. Интенсивная боль после операции является одним из факторов реализации катаболического ответа на травму: повышается концентрация катехоламинов и кортизола, на фоне снижения инсулина и тестостерона. Развивается отрицательный азотистый баланс, гипергликемия, повышается липолиз. Отсутствие возможности ранней мобилизации на фоне неадекватной анальгезии повышает риск возникновения тромбоэмболических осложнений. С другой стороны, длительное горизонтальное положение, малый объем движений способствуют замедлению процесса восстановления функции желудочно-кишечного тракта, что, в свою очередь, может послужить причиной развития спаечной болезни. Наконец, так называемая задержка кашля приводит к застою секрета в бронхиальном дереве, с развитием ателектазов, очагов пневмонии и т.д.

Следующей проблемой раннего послеоперационного периода, способной привести к возникновению тяжелых и даже фатальных осложнений, являются моторно-эвакуаторные нарушения на фоне повышения внутрипросветного давления в культе желудка. Формирование пилороподобного гастродуоденоанастомоза взамен разрушенного или удаленного пилорического жома ведет к неизбежному повышению тонуса в просвете оперированного желудка в ранние сроки после операции за счет затруднения опорожнения последнего. Исходя из изложенного, считаем, что особое внимание в раннем послеоперационном периоде у больных после операций с использованием пилоромоделирующих и пилоросохраняющих технологий следует уделять декомпрессии оперированного желудка и восстановлению пропульсивной способности проксимального отдела пищеварительной трубки.

Восстановление питательного статуса пациента после операций на желудке является одним из основополагающих условий благоприятного течения раннего послеоперационного периода. Все пациенты, оперированные в клинике, в первые сутки получали инфузионную терапию из расчета 60,0 мл на 1 кг массы тела больного с обязательным контролем диуреза. Сохранение последнего в пределах физиологической нормы (более 50 мл/ч) свидетельствовало об адекватном восполнении потерь жидкости. Вместе с тем, проведение инфузионной терапии имеет ряд существенных недостатков и осложнений, среди которых можно выделить развитие тромбофлебита центральных и подкожных вен, возникновение и развитие пирогенных и аллергических реакций и, наконец, высокую стоимость эффективных препаратов для парентерального питания, что особенно важно в современных условиях. Все это ставит вопрос об альтернативном

способе восстановления питательного статуса больного. Таким способом поддержания гомеостаза в раннем послеоперационном периоде является энтеральное зондовое питание. Возрождение интереса к энтеральному зондовому питанию связано с представлением о кишечнике как метаболическом, эндокринном, иммунном органе, барьере для микробной инвазии, органе, обеспечивающем постоянство внутренней среды организма. Применение зондового энтерального питания позволяет доставлять полноценные продукты питания непосредственно в тощую кишку, что способствует более полному усвоению энергетического материала, значительно ускоряет процессы регенерации тканей в области анастомозов и послеоперационной раны; стимулирует перистальтику кишечной трубки; исключает осложнения, характерные для парентерального питания; снижает стоимость койко-дня.

Заключение. Ранний (стационарный) период реабилитации после операции на желудке требует особенно тщательного внимания со стороны врача. Обязательными моментами в первом периоде являются адекватное обезбоживание; декомпрессия оперированного желудка; восстановление моторно-эвакуаторной функции проксимального отдела пищеварительного тракта; коррекция водно-электролитных нарушений и полноценное энтеральное питание в ранние сроки после операции. Проведение указанного комплекса реабилитационных мероприятий способствует более быстрому и адекватному восстановлению не только функции оперированного желудка, но и всего организма, обеспечивая наиболее благоприятные условия для включения адаптационно-приспособительных механизмов.

А.П. Кошель^{1,2}, А.В. Копанчук³, С.С. Клоков^{1,2}

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛУДКЕ

¹ ОГАУЗ «Медицинский центр
им. Г.К. Жерлова», г. Северск

² ГБОУ ВПО «Сибирский государственный
медицинский университет» Минздрава
России, г. Томск

³ ОГАУЗ «Больница скорой медицинской
помощи», г. Томск

Цель исследования – разработать методы профилактики и лечения моторно-эвакуаторных нарушений у больных после операции на желудке.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения 255 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде проводилась коррекция моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка с использованием автономного электростимулятора желудочно-кишечного тракта (АЭС ЖКТ) – основная группа ($n = 125$) и медикаментозная стимуляция (церукал 2,0 внутримышечно два раза в сутки) – группа контроля ($n = 130$). Группы были сопоставимы по полу и возрасту, локализации язвы, характеру осложнений и объему операции (резекция 1/2 желудка с формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза). Субъективная оценка клинических результатов проводилась интервьюером, который был дистанцирован от того, какой метод стимуляции был применен. Инструментальные методы изучения моторной функции оперированного желудка включали рентгеноконтрастное исследование и электрогастрографию.

Результаты и обсуждение. По данным рентгеноскопии констатируется нормализация тонуса желудка через 5 сут после начала стимуляции, за счет уменьшения процента больных с гипотонией и, что особенно важно, с признаками атонии желудка. При этом имеются статистически значимые различия между группами пациентов, получающих АЭС ЖКТ и медикаментозное лечение.

Изучение электрогастрограмм (ЭГГ) до и после различных вариантов стимуляции (медикаментозная, АЭС ЖКТ) с использованием системы Polygraf ID было проведено у 70 больных (35 – основной и 35 – контрольной группы) в сроки от 5 до 10 сут после операции. При этом у пациентов, в течение 5 сут получавших медикаментозную стимуляцию, доминантная частота до приема пищи составила $(0,8 \pm 0,03)$ СРМ (норма – 3,15), после приема пищи – $(3,3 \pm 0,9)$ СРМ (норма 3,23). Доминантная мощность до приема пищи составила $(51,3 \pm 7,5)$ дБ (норма 26,1), после приема пищи – $(50,9 \pm 6,1)$ дБ (норма 28,4). Нормогастрия до приема пищи – $(34,6 \pm 5,9)\%$ (норма более 70%), после приема пищи – $(55,6 \pm 9,9)\%$ (норма более 70%).

Через 5 сут на фоне изолированного приема АЭС ЖКТ отмечается увеличение мощности сигнала или амплитуды после приема пищи, что соответствует норме. Доминантная частота до приема пищи – $(2,9 \pm 0,9)$ СРМ (норма 3,15), после приема пищи – $(3,2 \pm 1,08)$ СРМ (норма 3,23). Доминантная мощность до приема пищи $(26,1 \pm 1,1)$ дБ (норма 26,1), после приема пищи $(28,2 \pm 1,5)$ дБ (норма 28,4). Нормогастрия до приема пищи $(96,4 \pm 2,9)\%$ (норма более 70), после приема пищи $(86,4 \pm 5,6)\%$ (норма более 70).

Осложнений, связанных с применением зонда стимулятора, не отмечено.

Заключение. Применение автономного электростимулятора желудочно-кишечного тракта позволяет в относительно короткие сроки (5 сут) значительно уменьшить признаки нарушения моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка, в сравнении с медикаментозной стимуляцией. При использовании АЭС ЖКТ достоверно уменьшаются такие проявления дискоординации моторной функции пищеварительного тракта как тяжесть в эпигастрии, вздутие живота. Для этой группы пациентов был характерен самостоятельный стул уже через 2–3 дня после начала стимуляции. Раннее и эффективное восстановление моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка и пищеварительного тракта в целом способствует значительному сокращению сроков социальной и трудовой реабилитации больных в раннем послеоперационном периоде.

**А.П. Кошель, Т.Я. Кучерова, Е.А. Кошель,
Р.С. Нустафеев**

ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Медицинский центр им. Г.К. Жерлова, г. Северск

Представлены результаты оперативного лечения 246 больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка (62) и двенадцатиперстной кишки (175), а также сочетанной язвы, осложненной кровотечением (9).

В раннем послеоперационном периоде основное внимание уделялось восстановлению моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка с помощью медикаментозных и физических факторов. В сроки от 1,5 до 2 мес после операции все пациенты проходили обязательное комплексное стационарное обследование, по результатам которого решался вопрос о трудовой и медицинской реабилитации. При наличии удовлетворительных показателей моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка, отсутствии признаков постгастрорезекционных и постваготомических расстройств пациент выписывался к труду.

Проведенное комплексное стационарное обследование в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде показало, что уровень качества жизни у пациентов, оперированных с использованием новых хирургических технологий, остается стабильно высоким. Отличные и хорошие отдаленные результаты операции зафиксированы у 95,4% больных. Неудовлетворительные

результаты связаны с развитием у пациентов демпинг-синдрома средней степени тяжести (2) и пептической язвы гастродуоденоанастомоза на фоне синдрома Золингера–Эллисона (1).

Таким образом, принятый в Медицинском центре им. Г.К. Жерлова комплекс реабилитационных мероприятий у больных, оперированных по поводу осложненной язвенной болезни, позволил добиться хороших и отличных результатов лечения у 95,4% пациентов.

А.Н. Плеханов, Ц.Д. Дашиев

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», г. Улан-Удэ

Введение. Летальность от кровотечений из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка достигает 80%, а рецидивы кровотечений возникают в 48–53% (Ерамишанцев А.К. и соавт., 1991).

Цель: оценить тактику при оказании помощи больным с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 133 больных в возрасте от 18 до 67 лет с кровотечениями из ВРВ. Мужчин было 94, женщин – 39. По Chaild с компенсированным ЦП (класс А) было 34 больных, с субкомпенсированным (класс В) – 67, с декомпенсированным (класс С) – 23 больных. Помимо общеклинических анализов проводили ФГДС. При эндоскопическом исследовании по А.Г. Шерцингеру (1986) I степень ВРВ верифицирована у 11, II – у 45, III степень – у 77 пациентов.

Результаты. Все больные в момент поступления в стационар госпитализировались в отделение интенсивной терапии и реанимации. Консервативные мероприятия начинали с установки зонда Блэкмора, переливания свежезамороженной плазмы, гемотрансфузии (по показаниям), проведения терапии нитратами, в частности нитроглицерином, гемостатической терапии.

Показанием к хирургическому лечению было продолжающееся кровотечение, а также его рецидив. В связи с неэффективностью консервативных мероприятий оперированы 32 (24%) больных. В первые часы оперированы 12 пациентов, через 12 ч – 8, через 24 ч – 7, позже 24 ч – 5 больных.

В 6 случаях выполнена спленэктомия, в 21 – гастротомия с прошиванием варикозных вен пищевода и желудка, в 2 случаях – гастротомия

была дополнена перевязкой левой желудочной и венечной артерий.

Рецидивы кровотечения после проводимого лечения в стационаре наблюдались у 12 (9%) больных. Общая летальность после комплексного лечения составила 15,7% (21 пациент), послеоперационная летальность – 12,5% (4). Наименьшая летальность отмечалась у больных, которые были оперированы в первые часы от момента поступления в стационар.

Причинами смерти больных была тяжелая прогрессирующая печеночная недостаточность, сердечно-сосудистая недостаточность.

Заключение. Раннее хирургическое лечение в объеме гастротомии и прошивания варикозных вен пищевода и желудка является операцией выбора при портальных кровотечениях у больных циррозом печени. Показанием к операции является продолжающееся кровотечение в течение первых 3 ч от момента начала консервативной терапии.

В.А. Полуэктов, Ю.Т. Игнатьев

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПТИЧЕСКОЙ И ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*ГБОУ ВПО «Омский государственный
медицинский университет», г. Омск*

Цель исследования: оценить возможности оптической и виртуальной колоноскопии (ВКС) в диагностике полипоза толстой кишки.

Материал и методы. Обследовано 144 больных с полипозом толстой кишки. Мужчин было 59, женщин – 85. Возраст больных от 8 до 75 лет.

Для достижения поставленной цели больным с полипозом толстой кишки проводились оптическая и виртуальная колоноскопии с дальнейшим анализом возможностей в выявлении полипов толстой кишки. В связи с тем, что слабительные и клизмы недостаточно хорошо готовят кишку к исследованию, наиболее оптимальным вариантом является подготовка с помощью фортранса. Непосредственно перед исследованием в толстую кишку вводился воздух в объеме до 3 л.

Результаты исследования. Проведение оптической КС не удалось у 25 больных: у 12 – по причине стеноза просвета кишки; у 13 – из-за выраженного болевого синдрома или анатомических особенностей. В этой группе больных виртуальная колоноскопия была выполнена в полном объеме. ВКС оказалась неинформатив-

ной у 18 больных по причине некачественной подготовки. Этим пациентам сразу же была проведена оптическая колоноскопия, у всех больных осмотр слизистой оболочки толстой кишки был выполнен в полном объеме. Таким образом, оптическая и виртуальная колоноскопия при полипах выполнена у 110 больных. При оптической колоноскопии полипы выявлены у 110 больных, при виртуальной у – 87. Полипы менее 5 мм при ВКС не верифицировались. Ложноположительные результаты были отмечены в 12 случаях. Таким образом, чувствительность ВКС в диагностике полипов оказалась 80% при полипах менее 5 мм, при полипах более 5 мм – 95%.

Обсуждение. На основании проведенного исследования установлены следующие преимущества ВКС: виртуальная колоноскопия не требует премедикации; является неинвазивным методом исследования; при стенозирующих процессах и извитом ходе толстой кишки, когда невозможна оптическая колоноскопия, позволяет осмотреть все отделы толстой кишки выше стеноза; исследование занимает не более 10 мин. Кроме того, хорошо переносится пожилыми и детьми, заменяет ирригографию при неинформативности, невозможности заполнения всех отделов толстой кишки барием при выраженной сопутствующей патологии. Недостатками ВКС являются: процедура требует идеальной подготовки толстой кишки; сопровождается радиационной нагрузкой, сопоставимой с ирригоскопией; плохо верифицируются объемные образования менее 5 мм; невозможно взять материал для гистологического исследования; высокая стоимость исследования.

Заключение. Виртуальная колоноскопия – метод выбора при проведении скрининговых исследований, особенно у пожилых больных с сопутствующей патологией и у детей. Для диагностики полипоза толстой кишки идеально сочетать оптическую и виртуальную колоноскопию.

Д.В. Ручкин, П.И. Назарьев

ТАКТИКА РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДНО- ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА

*ФГБУ «Институт хирургии
им. А.В. Вишневского» Минздрава РФ, г. Москва*

Введение. Проблема аденокарциномы пищевода-желудочного перехода (ПЖП) в последние годы приобрела особое значение, обусловленное более чем 400%-м ростом заболеваемости за последние 40 лет в США, странах Европы, в Японии и России. Хирургическая резекция оста-

ется единственным радикальным способом лечения рака ПЖП, позволяющим рассчитывать на излечение от этого заболевания. Однако до сих пор не принято единого определения ПЖП, нет общепринятой классификации рака этой зоны и, как следствие, не существует стандартной хирургической тактики. Смертность от рака ПЖП остается высокой, пятилетняя выживаемость не превышает 40%.

Цель исследования. Разработать единую дифференцированную тактику радикального хирургического лечения аденокарциномы ПЖП при любых типах и распространенности опухоли, оценить эффективность ее применения.

Материал и методы. Предметом исследования послужили результаты хирургического лечения 73 больных аденокарциномой ПЖП в период с июня 2011 г. по август 2015 г. Аденокарциному ПЖП определяли и классифицировали по Siewert. Протяженность поражения оценивали согласно Японской классификации рака пищевода и желудка (2011). Опухоль I типа выявлена у 10 (14%) пациентов, II – у 26 (36%), III типа – у 37 (50%). Средний возраст больных в общей группе составил $(63,0 \pm 10,8)$ года, соотношение мужчин и женщин – 2,65 : 1. Кишечная метаплазия слизистой пищевода (пищевод Барретта) была ассоциирована только с I типом опухоли. Доля низко- и недифференцированных типов опухоли (G3/G4) составила 42,5%. По степени распространенности опухоли (TNM) I стадия заболевания отмечена у 16,5% пациентов, II – у 13,5%, III – у 64%, IV – у 6%. Клинически значимые сопутствующие заболевания разной степени тяжести выявлены у 54 (74%) больных.

Результаты исследования. Целью всех оперативных вмешательств было достижение радикальной макро- и микроскопической резекции опухоли. Выбор способа хирургического вмешательства зависел от типа опухоли и ее местной распространенности. Во всех наблюдениях применялись стандартные хирургические методики. При аденокарциноме I типа по Siewert: 9 больным (90%) выполнили экстирпацию пищевода с пластикой желудочной трубкой (ЭППЖТ), 1 (10%) – эзофагогастрэктомию (ЭГЭ) с незавершенной эзофагопластикой. При опухоли II типа: 12 (46%) больным произвели субтотальную проксимальную резекцию желудка (СПРЖ) с резекцией нижней трети пищевода и интерпозицией изоперистальтического сегмента тощей кишки (по Merendino-Dillard), 7 (27%) – гастрэктомию (ГЭ) с резекцией нижней трети пищевода, 5 (19%) – ЭППЖТ, 2 (8%) – ЭГЭ с одномоментной эзофагопластикой левой половиной толстой кишки. При раке ПЖП III типа: 27 (73%) больным выполнили ГЭ с резекцией нижней трети пищевода, 9 (24%) – СПРЖ с ре-

зекцией нижней трети пищевода, 1 (3%) – ЭГЭ с эзофагопластикой толстой кишкой. Абдоминальным доступом во всех наблюдениях служила верхняя срединная лапаротомия. Грудной отдел пищевода экстирпировали 11 больным из правостороннего трансторакального (ТТ), 7 – из трансхиатального (ТХ) доступов. Всем пациентам выполняли абдоминальную лимфаденэктомию (ЛАЭ) в объеме D2. При ТТ доступе медиастинальную ЛАЭ производили в полном объеме (трехуровневую), при ТХ – только в нижнем средостении. Эзофагопластику всегда выполняли в субтотальном объеме с формированием внеплеврального шейного пищевода анастомоза. После ГЭ 8 пациентам реконструкцию сделали на Ру-петле, 26 – по типу изоперистальтической еюногастропластики.

Доля макро- и микроскопически радикальных (R0) резекций составила 86% (63 из 73). Операции R1 состоялись у 7, R2 – у 3 больных. При этом опухолевые клетки по линии резекции пищевода обнаружены лишь у 4 (5,5%) больных. Доля нерадикальных операций была наибольшей (19%) при III типе опухоли.

Послеоперационные осложнения зафиксированы у 24 (33%) пациентов. В 9 случаях потребовалась их коррекция в отделении реанимации. Общие осложнения встречались почти в 3 раза чаще хирургических (21 против 8). Наиболее часто диагностировали гидроторакс, потребовавший пункции у 15 больных. Частичная несостоятельность пищевода анастомоза отмечена у 4 (5,5%) пациентов: высокого эзофагоэюноанастомоза (3) и шейного (1 после ЭППЖТ). Послеоперационная летальность составила 2,7%: 1 больная умерла от инфаркта миокарда и 1 – от полиорганной недостаточности без хирургических осложнений.

Заключение. Применение стандартизированной тактики хирургического лечения рака ПЖП различной распространенности с индивидуальным выбором объема резекции и доступа позволяет добиться максимальной онкологической радикальности без увеличения числа послеоперационных осложнений и летальности.

Д.В. Ручкин, М.Б. Раевская, В.А. Сизов

ПРОТОКОЛ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭЗОФАГЭКТОМИИ

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава РФ, г. Москва

Введение. В России летальность пациентов, перенесших резекцию пищевода с одномоментной пластикой, достигает 15%, а частота ослож-

нений – 60–70%. Высокую летальность после эзофагэктомии определяют главным образом кардиопульмональные нарушения и несостоятельность анастомоза. Решение только проблемы больших хирургических осложнений не может всецело гарантировать благоприятный исход лечения. Именно мультидисциплинарный подход и стандартизация периоперационного ведения пациентов с предстоящей эзофагопластикой призваны значительно улучшить результаты этого сложного таракоабдоминального вмешательства.

Цель исследования. Разработать протокол улучшенной госпитальной реабилитации больных с суб/тотальной резекцией пищевода и одномоментной эзофагопластикой, оценить клиническую эффективность его применения.

Материал и методы. В качестве I этапа выполнили одноцентровое проспективное не рандомизированное исследование, включавшее 67 пациентов с резекцией пищевода и одномоментной пластикой, которые были разделены на две однородные по ряду исходных показателей группы. В основную группу вошли 34 пациента (24 мужчины и 10 женщин) с медианой возраста 55,5 лет, к которым применена схема периоперационного ведения в рамках протокола улучшенной ранней реабилитации. В контрольную группу включены 33 пациента (26 мужчин и 7 женщин) с медианой возраста 58 лет. Доля больных с риском ASA4 в контрольной и основной группах составила 36,4 и 35% соответственно. Показаниями к эзофагэктомии одинаково в контрольной и основной группах служили в 60% наблюдений злокачественные опухоли, в 40% – доброкачественные заболевания пищевода. Без разницы в обеих группах примерно 45% эзофагэктомий выполнили из трех доступов (операция McKeown), 60% – транسخиатально. Толстую кишку при реконструкции использовали у 7% больных.

На II этапе подведен итог применения протокола улучшенной госпитальной реабилитации в период 2012–2015 гг. у 80 больных с эзофагэктомией и одномоментной реконструкцией. Ключевыми особенностями разработанного протокола являлись: комплексная оценка состояния больных на амбулаторном этапе, побудительная спирометрия, нутритивная поддержка, обеспечение перфузии кондуита, рациональное использование вазопрессоров, защита от аспирации, поддержание нормотермии и нормоволемии, ранняя или немедленная экстубация, комбинированная анельгезия (эпидуральная, раневая или паравертебральная, системная), активизация с первых суток, ингаляции и дыхательная гимнастика.

Результаты исследования. На I этапе работы при сравнении результатов лечения пациен-

тов основной и контрольной групп отмечено статистически значимое снижение количества осложнений в основной группе, относительно группы контроля (24% против 56%, $p < 0,0049$). Снижение количества осложнений произошло за счет уменьшения частоты послеоперационной дыхательной недостаточности, маркером которой служила гипоксемия (индекс оксигенации < 300). Пациенты основной группы меньшее время нуждались в ИВЛ, что позволило сократить время их пребывания в реанимации, ускорить перевод в профильное отделение и начало ранней реабилитации. Это, в свою очередь, снизило общее время послеоперационного пребывания в стационаре.

На II этапе работы анализ результатов применения протокола ранней реабилитации у 80 больных после эзофагэктомии показал, что осложнения развились всего у 31 (38,7%) из них: ателектазы – у 18 (22,5%); гидроторакс, потребовавший пункции – у 9 (11,2%); пневмония – 8 (10,0%); дыхательная недостаточность – 6 (7,5%); фибрилляция предсердий – 4 (5,0%); тромбоз глубоких вен нижних конечностей – 4 (5,0%); транзиторная ишемическая атака или ОНМК – 2 (2,5%); ДВС-синдром – 1 (1,2%); печеночная недостаточность – 1 (1,2%). В послеоперационном периоде умерли 3 (3,75%) больных. Причинами их смерти стали: обширное ОНМК (1), ДВС-синдром с множественными тромбозами в бассейнах чревного ствола и верхней брыжеечной артерии (1) и печеночная недостаточность на фоне цирроза печени (1).

Экстубированы немедленно после операции 42 (52,5%), при этом реинтубация потребовалась 5 (6,2%) больных. Медиана времени ИВЛ в реанимации составила 155 (110–300) мин., а пребывания там пациента – 0,7 (0,62–0,8) сут. Медиана длительности послеоперационного периода оказалась равной 8,5 (7,5–9,75) сут.

Заключение. Внедрение в практику разработанного протокола периоперационного ведения позволило улучшить клинические результаты эзофагэктомии с одномоментной пластикой: сократить частоту послеоперационных осложнений, госпитальную летальность, сроки реабилитации и длительность пребывания больных как в отделении реанимации, так и в стационаре. Главной особенностью этого протокола является командный подход к лечению каждого больного с участием на всех этапах госпитализации хирурга, анестезиолога, реаниматолога и нутрициолога. Формирование специализированной команды имеет единую цель достижения наилучших результатов в заданном направлении, не требует высоких материальных затрат, может быть осуществлено в стационарах различного хирургического профиля.

Д.В. Ручкин, О.А. Рымарь

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА

ФГБУ «Институт хирургии
им. А.В. Вишневского» Минздрава РФ, г. Москва

Введение. Рак желудка (РЖ) – одно из самых распространенных онкологических заболеваний в мире, несмотря на тенденцию снижения заболеваемости, сохраняющее второе место в структуре онкологической смертности. В России на момент диагностики доля позднего РЖ составляет более 60%. В ряде случаев стандартного объема резекции оказывается недостаточно для достижения радикальности (R0) вмешательства. При отказе от хирургического лечения или эксплоративной лапаротомии медиана выживаемости больных РЖ не превышает 3–8 мес, тогда как всего лишь паллиативная гастрэктомия (ГЭ) повышает этот показатель до 15,2 мес. Страх роста частоты послеоперационных осложнений и летальности и сегодня порождает споры о целесообразности расширенных комбинированных резекций при РЖ. Причиной отказа в резекции зачастую служат не только инвазия магистральных сосудов, образование опухолевого конгломерата и множественные отдаленные метастазы, но и размер опухоли более 7–10 см, единичные метастатические отсеы, поражение регионарных лимфоузлов третьего порядка и необходимость дополнительной резекции более 1–2 органов.

Цель. Обосновать целесообразность выполнения комбинированных операций по поводу злокачественных новообразований желудка с максимальным расширением границ резектабельности опухоли.

Материал и методы. За период 2011–2014 гг. комбинированные операции по поводу злокачественных новообразований желудка выполнены 41 больному: 31 мужчине (75,6%), и 10 женщинам (24,4%). Возрастной интервал составил от 42 до 86 лет, при среднем – (61 ± 10) лет. Старше 70 лет были 7 (17,0%) пациентов.

Эзофагогастрэктомию (ЭГЭ) с одномоментной реконструкцией толстой кишкой выполнили 12 (29,3%), ГЭ – 22 (53,7%), субтотальную проксимальную резекцию желудка с интерпозицией сегмента тощей кишки по Merendino-Dillard – 3 (7,3%), субтотальную дистальную резекцию с реконструкцией по Бильрот-I – 4 (9,7%) больным. Резекцию или экстирпацию желудка в сочетании с удалением только

желчного пузыря и (или) селезенки не рассматривали как комбинированную. Спленэктомию и холецистэктомию считали стандартной составляющей расширенного вмешательства, обеспечивающей лимфаденэктомию (ЛАЭ) ворот селезенки и гепатодуоденальной связки. Учитывали эти органы как удаленные лишь в рамках комбинированных резекций большого объема. Дополнительно резецируемыми органами не считали нижнюю треть пищевода, луковицу двенадцатиперстной кишки и мезоколон (без резекции толстой кишки). Дополнительную радиочастотную абляцию метастазов печени не считали компонентом комбинированного вмешательства. Резекцию ножек и купола диафрагмы приравнивали к одному резецированному органу. В комбинации с указанными выше стандартными вмешательствами дополнительно резецировали: один орган – 9 (22,0%), два – 11 (26,8%), три – 13 (31,7%), четыре – 3 (7,3%), пять – 3 (7,3%), шесть – 2 (4,9%) больным.

Результаты исследования. Медиана продолжительности пребывания больного в стационаре после комбинированной резекции составила 9 дней. Послеоперационные осложнения развились у 16 (39,0%) больных, из них хирургические – у 11 (26,8%). Среди неспецифических осложнений основную долю составил гидроторакс, потребовавший торакоцентеза – 10 (24,4) больных. Частичная несостоятельность эзофагоэнтоанастомоза развилась у 3 (7,3%) пациентов, купированная чрескожным дренированием затека с отсроченным началом перорального питания. Некроз тонкокишечного трансплантата произошел у 1 больного (2,4%) и потребовал реэзофагогастропластики.

Госпитальная летальность составила 4,9% (2 пациента). В одном наблюдении пациентке 80 лет с сопутствующим циррозом печени, пароксизмами фибрилляции предсердий и варикозной болезнью вен нижних конечностей выполнили комбинированную ГЭ с резекцией нижней трети пищевода и II сегмента печени, ЛАЭ D2. Смерть наступила на 11-е сут после операции от острого инфаркта миокарда. Хирургических осложнений не было. В другом наблюдении пациентке 64 лет с распадающимся опухолевым конгломератом, включавшим тело и антральный отдел желудка, поперечную ободочную кишку (желудочно-толстокишечный свищ), 3-й сегмент печени и переднюю брюшную стенку, на фоне постгеморрагической анемии средней степени тяжести, сахарного диабета и гипотиреоза, по срочным показаниям выполнили ГЭ с ЛАЭ D2, комбинированную с холецистэктомией, спленэктомией, субтотальной колэктомией, с резекцией III сегмента печени и брюшной стенки. На 1-е сутки развился тяжелый септический шок на

фоне нозокомиальной двухсторонней пневмонии. Смерть больной наступила на 18-е послеоперационные сутки от полиорганной недостаточности.

Заключение. Выполнение комбинированных резекций по поводу РЖ не сопровождается ростом частоты послеоперационных осложнений и летальности, не приводит к увеличению сроков пребывания больных в стационаре. Необходимость выполнения комбинированной резекции органов не может служить причиной отказа в радикальном вмешательстве при РЖ.

А.Б. Якушевский, А.Н. Плеханов

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ВЫСОКОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕМ ЭТАЖЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», г. Улан-Удэ

Введение. Еще в прошлом веке Б.А. Петров дал такую высокую оценку спинальной анестезии: «Нет ни одного вида местного или проводникового обезболивания, который давал бы столь полную анестезию, как спинномозговое обезболивание». Но необходимо помнить, что у спинальной анестезии имеются и отрицательные моменты – снижение общего периферического сопротивления сосудов с последующим падением артериального давления и перераспределением внутрисосудистого объема жидкости с резким снижением тонуса емкостных и резистивных сосудов. А при высокой спинальной анестезии может развиваться и парез дыхательной мускулатуры. Поэтому актуальным является поиск новых методов регионального обезболивания при операциях на верхнем этаже брюшной полости, обладающих высокой эффективностью и не приносящих побочных и нежелательных эффектов для больного.

Цель работы – разработка новой методики высокой спинальной анестезии с оценкой ее эффективности и безопасности при выполнении операций на верхнем этаже органов брюшной полости.

Материал и методы. За период с 2010 по 2014 г. было выполнено 112 операций под высокой спинальной анестезией (у 67 мужчин и 33 женщин). Средний возраст пациентов составил $(74,6 \pm 11,2)$ года.

Нами был разработан и предложен способ одномоментной высокой спинальной анестезии, с развитием высокого нейро-мышечного блока

до уровня первого-второго грудных позвонков (Th_{1-2}), позволяющего выполнить оперативное вмешательство на верхнем этаже брюшной полости. Способ осуществляется следующим образом: перед операцией больному по общепринятой методике выполняется премедикация с использованием наркотических или ненаркотических анальгетиков (в зависимости от предполагаемого объема оперативного вмешательства). Высокая спинальная одномоментная анестезия выполняется срединным, либо парамедиальным доступом с учетом возрастных изменений (предпочтителен парамедиальный доступ). Наибольшим преимуществом является положение больного лежа на боку («в позе эмбриона»). После местного обезболивания производят пункцию иглой малого диаметра (25 G и меньше) в типичном месте (на уровне L_{IV-LV}) и вводят в субарахноидальное пространство раствор лидокаина 2% – 2,0 (40 мг). С целью уменьшения травматизации дуральной оболочки спинного мозга срез иглы во время пункции твердой мозговой оболочки направлен сагитально (вправо или влево). Во время введения изобарического раствора маркаина (в суммарной дозе 15–20 мг) срез иглы располагается максимально краниально (вверх) с целью распространения раствора анестетика в верхние отделы позвоночного столба. Время одноэтапного введения анестетика с барботажом ликвором в объеме до 5–10 мл составляет (в среднем) 1–2 мин, что позволяет создать высокую степень турбулентности вводимого раствора, а также способствует распределению вихревых потоков в краниальном направлении ликворного пространства с целью распределения анестетика дальше от места инъекции и формированию адекватного и продолжительного симпатиколитического эффекта.

Дальнейшая регуляция развития блока и контроль блокады осуществляются изменением положения операционного стола (наклоном головного конца стола до $45-60^\circ$) и контролируется по неинвазивному измерению АД, контролю ЧСС по пульсоксиметрии до 65 в минуту. Результатом является развитие нейроаксиального блока максимально до уровня первого – второго грудного позвонков (Th_{1-2}). Седативное действие больного производится раствором фенезапама – 1 мг (1,0 мл) одномоментно либо дробно в течение всего времени оперативного вмешательства.

Всем пациентам проводится ингаляция кислорода через лицевую маску или носовые катетеры – 4,0 л/мин, а также оценка сенсорного и моторного блоков нейроаксиальной блокады. После достижения уровня первого – второго грудного позвонка (Th_{1-2}) оперативное вмешательство выполняется под сбалансированной

высокой спинномозговой анестезией. При адекватной инфузионно-корректирующей терапии, объем которой зависит от интраоперационных потерь, но не менее 1500–2000 мл, как правило, используются растворы кристаллоидов.

В послеоперационном периоде для обезболивания используются ненаркотические анальгетики: через 4–6 ч после выполнения высокой спинномозговой анестезии при появлении первых признаков восстановления болевой, моторной и чувствительной иннервации.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у пациентов не потребовалось обезболивание наркотическими анальгетиками; отмечалось быстрое восстановление перистальтики кишечника и ранняя активизация на 1–2-е сут (в том числе и питьевого режима). Следует отметить, что у всех пациентов грыжевые ворота при детальном рассмотрении, после выполнения доступа, располагались выше линии пупка от 5,0 см и выше. В одном случае при послеоперационной вентральной грыже фиксация сетчатого импланта начиналась от мечевидного отростка. При закрытии дефекта при боковой грыже живота верхний край сетчатого импланта фиксировался к задней поверхности реберной дуги.

Осложнений в виде головных болей, тошноты, рвоты, повышения температуры тела отме-

чено не было. Осложнений со стороны оперативного вмешательства и анестезиологического пособия не наблюдалось.

По простоте и технике выполнения, а также по материальному обеспечению высокая спинальная анестезия близка к спинномозговой анестезии, но в отличие от нее обеспечивает достаточный, продолжительный и высокий уровень обезболивания органов брюшной полости (как на нижнем, так и на среднем и верхнем этажах). В сравнении с традиционными методами обезболивания при высокой спинномозговой анестезии снижается риск тромбоэмболических осложнений, уменьшается объем кровопотери, снижается риск развития осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, сокращается длительность послеоперационного пареза кишечника по сравнению с системным введением промедола и других опиоидов.

Заключение. Применение высокой спинальной анестезии при герниопластиках вентральных, послеоперационных и пупочных грыж является методом выбора. Данный вид анестезии имеет преимущества перед другими видами обезболивания, легче переносится больными. Предложенная методика региональной анестезии – высокая спинальная анестезия – должна широко использоваться в клинической практике.

