

Сравнительный анализ результатов лечения показал следующее. Геморроидэктомия с использованием аппарата УДО-38 – патогенетически обоснованный, радикальный метод хирургического лечения геморроя, при использовании которого выздоровление наступает в 100% случаев.

1. Метод аппаратной закрытой геморроидэктомии позволяет минимизировать болевой синдром, снизить риск расстройств мочеиспускания, избежать кровотечения в процессе операции и в раннем послеоперационном периоде, снизить возможность травмы анального жома, достичь быстрого заживления послеоперационных ран, добиться быстрее выздоровления и социальной реабилитации больных.

2. Геморроидэктомия с использованием аппарата УДО-38 позволяет выполнять различные сочетанные операции на анальном канале без риска осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б., Гаджиев Г.И., Богомазов Ю.К., Зорин С.А. // Актуальные проблемы колопроктологии: Сб. трудов. – Ростов-на-Дону, 2001. – 310 с.
2. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование современных способов лечения геморроя / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999.
3. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. – М., 2002. – 192 с.
4. Дульцев Ю.В., Титов Ю.А., Каланов Р.Г. // Хирургия. – 1989. – № 2. – с. 115-118.
5. Каланов Р.Г. Оценка методов геморроидэктомии без оставления культи сосудистой ножки / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988.
6. Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С., Ан В.К. // Руководство по колопроктологии. – М., 2004. – С. 9-85.
7. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. – М., 1994. – 430 с.
8. Alexandrov V., Sushov B., Tichonov E., Vinograd U. // 5th Central European Congress of Coloproctology and Viscerosynthesis. – Brno, 1999. – P. 102.
9. Fergusson I.A., Heaton I.R. // Dis. Col. Rect. – 1959. – № 2. – P. 176-179.
10. Longo A., Bergani J.I. Hairless haemorrhoidectomy and mucosectomy for prolaps mucosae. Ethicon onco-surgery. – Johnson-Johnson Co. – 1997. – P. 3-27.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ

*А.В. Ватазин, П.В. Астахов, В.Н. Филижанко, Г.Ю. Лосев, А.Г. Янковой,
А.А. Смоляков, С.А. Кулибаба, И.С. Пичугина
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Число больных, страдающих хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии (ТХПН) и нуждающихся в постоянной заместительной почечной терапии, неуклонно растет. Это связано с прогрессирующим старением населения, ухудшением экологической и эпидемиологической обстановки. В структуре ТХПН, помимо хронического гломерулонефрита и мочекаменной болезни, стали преобладать сахарный диабет – 32,1% и артериальная гипертония – 27,5% [2, 3, 4].

Наряду с трансплантацией почки и гемодиализом, перитонеальный диализ – один из основных методов заместительной почечной терапии у больных ТХПН. Он является методом выбора у больных хронической почечной недостаточностью на ранних этапах ее развития, при сохранной остаточной функции почек и, по мнению ряда авторов, более доступным и физиологичным для больного, чем гемодиализ [2, 4, 8, 10, 12].

Вместе с тем, перитонеальный диализ имеет целый ряд ограничений и осложнений, что снижает его эффективность, а в ряде случаев вынуждает врачей прервать его и перевести больного на гемодиализ. Речь идет о развитии или выявлении в процессе лечения ранее не диагностированных заболеваний (хронический холецистит, панкреатит, язвенная болезнь и др.). Помимо этого, такие осложнения перитонеального диализа, как рецидивирующий диализный перитонит и дисфункция перитонеального катетера, нередко вынуждают отказаться от дальнейшего его проведения [1, 2, 6].

Внедрение в клиническую практику малоинвазивных видеоэндоскопических вмешательств позволяет не только успешно бороться с возникающими осложнениями перитонеального диализа, но и добиться хирургической реабилитации больных при развитии острых и прогрессировании хронических заболеваний органов брюшной полости. Именно малоинвазивные операции позволяют пролонгировать программу перитонеального диализа и определяют выживаемость методики [5, 9].

В отделении хронического гемодиализа с пересадкой почки МОНКИ им. М.Ф. Владимирского в период с 2002 по 2007 г. находились 86 больных ТХПН. В качестве заместительной терапии у всех больных использована программа перитонеального диализа компании «Baxter» (США). Помимо стандартных глюкозосодержащих растворов при недостаточности брюшины I и II типа, а также гипо- и диспротеинемии применялись растворы «Экстранил» и «Нутринил» той же фирмы. В раннем послеоперационном периоде применяли автоматизированный перитонеальный диализ в Tidal-режиме на аппарате «Home Choice» компании «Baxter» (США).

Основную группу составили 36 больных, у которых для коррекции дисфункции перитонеального катетера, а также при развитии острых и прогрессировании хронических заболеваний органов брюшной полости выполнялись лапароскопические операции. В группу сравнения вошли 50 больных, которым по аналогичным причинам выполнялась лапаротомия.

В обеих группах преобладали лица зрелого возраста: 40–59 лет, т.е. 66,2% от общего числа больных. Средний возраст больных в основной группе составил $49,3 \pm 12,9$ года, в группе сравнения – $45,8 \pm 13,6$ года. Большинство пациентов в обеих группах составляли женщины. Лечение перитонеальным диализом длилось от 1 месяца до 4 лет. Этиология ТХПН представлена в таблице.

Этиологические факторы развития хронической почечной недостаточности

Этиология ХПН	Основная группа		Группа сравнения	
	число больных	%	число больных	%
Хронический гломерулонефрит	25	69,4	29	58,0
Сахарный диабет (I и II типов)	7	19,4	12	24,0
Мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит	3	8,3	2	4,0
Поликистоз почек	1	2,7	5	10,0
Всего:	36	100	50	100

Выполненные лапароскопические операции у больных основной группы:

Лапароскопическая коррекция положения перитонеального катетера без клипирования	25%
Лапароскопическая коррекция положения перитонеального катетера в малом тазу с клипированием	22%
Лапароскопическая санация брюшной полости при диализном перитоните	17%
Лапароскопическая холецистэктомия	11%
Видеоассистированная имплантация перитонеального катетера	8%
Лапароскопическое грыжесечение	8%
Видеоэндоскопические вмешательства на органах малого таза	6%
Видеоэндоскопическое дренирование вирсунгова протока	3%

В группе сравнения при дисфункции перитонеального катетера, а также при развитии острых или прогрессировании хронических заболеваний органов брюшной полости выполнялась лапаротомия или реимплантация перитонеального катетера.

Все лапароскопические операции выполнялись по общепринятым правилам. Проведение лапароскопических операций у больных, получающих перитонеальный диализ, имеет свои особенности. Прежде всего, перед операцией необходимо добиться наиболее полной эвакуации диализирующего раствора из брюшной полости. Перед инсуффляцией углекислого газа перитонеальный катетер должен быть герметично закрыт. В момент фиксации катетера в малом тазу целесообразно придать операционному столу положение с опущенным головным концом. При завершении операции необходимо особенно тщательно и герметично ушить места лапароцентеза во избежание всасывания высокоосмолярного диализирующего раствора в подкожно-жировую клетчатку. Поэтому лапароскопическую камеру извлекали в последнюю очередь – после визуального контроля герметичности брюшной полости и адекватности функции перитонеального катетера.

Причины, потребовавшие выполнения у больных лапароскопических операций, можно разделить на четыре группы.

1. Дислокация катетера, окутывание большим сальником, перегиб и другие причины, вызвавшие необходимость коррекции дисфункции перитонеального катетера – 17 больных.

2. Наличие рецидивирующего диализного перитонита – 6 больных.

3. Сопутствующие хирургические заболевания – калькулезный холецистит, панкреатит, грыжи различной локализации др. – 6 больных.

4. Сочетание хронического заболевания с необходимостью имплантации перитонеального катетера, что требует одномоментного проведения двух и более лапароскопических операций на органах брюшной полости и малого таза – 7 больных.

Чаще всего лапароскопические операции выполнялись в связи с дисфункцией перитонеального катетера. По нашим данным, показаниями к лапароскопической коррекции дисфункции перитонеального катетера являются:

— дислокация перитонеального катетера при неэффективности консервативных мероприятий;

— окутывание катетера большим сальником;

— рецидивирующая дислокация перитонеального катетера;

— технические ошибки при установке перитонеального катетера: перегиб (слом) катетера;

— выпадение фибрина (фибриновая пробка) в просвете перитонеального катетера при невозможности восстановления проходимости катетера промыванием.

Противопоказания к выполнению лапароскопической коррекции дисфункции перитонеального катетера весьма немногочисленны. У больного не должно быть противопоказаний к проведению эндотрахеального наркоза, необходимо обеспечить адекватную моторику желудочно-кишечного тракта. С осторожностью следует использовать метод при повышенной кровоточивости и грубых нарушениях сердечной деятельности, поскольку лапароскопическая операция предусматривает существенное повышение внутрибрюшного давления [4, 5].

В наших наблюдениях у 12 пациентов дисфункция перитонеального катетера была обусловлена его дислокацией из полости малого таза. Во всех случаях было выполнено низведение перитонеального катетера в малый таз. В семи наблюдениях фиксацию катетера осуществляли по собственной методике путем погружения его дистальной части на границе с завитком в складку париетальной брюшины. Лапароскопическое низведение перитонеального катетера без его фиксации было проведено у пяти больных. При этом у одной больной пришлось еще раз лапароскопически низводить повторно всплывший перитонеальный катетер.

Таким образом, лапароскопическое низведение перитонеального катетера с фиксацией дистальной его части в складке брюшины является операцией выбора при его дислокации. Эта методика не только надежно фиксирует перитонеальный катетер в полости малого таза, но и позволяет избежать осложнений при его извлечении [7, 8].

У пяти больных (17%) причиной дисфункции перитонеального катетера явилось его окутывание большим сальником. Причинами этого осложнения являются миграция катетера из полости малого таза, неадекватный выбор области имплантации катетера и «высокое» расположение его конечной части, а также раннее начало заливок диализирующего раствора в брюшную полость. В наблюдении была допущена техническая ошибка при промывании перитонеального катетера – попытка активного удаления шприцом диализирующего раствора из брюшной полости. Во всех случаях при лапароскопии удалось освободить перитонеальный катетер от большого сальника и восстановить его дренажную функцию.

Лапароскопическая санация брюшной полости проведена у шести больных с рецидивирующим диализным перитонитом. Понятно, что лапароскопическая операция у больных с диализным перитонитом является вынужденной мерой. Наш опыт лечения диализных перитонитов позволил определить следующие показания к лапароскопической операции:

- невозможность формирования сосудистого доступа для перевода больного на гемодиализ;
- дисфункция перитонеального катетера на фоне диализного перитонита;
- необходимость визуализации брюшины и взятия биоптата для определения возможности пролонгирования перитонеального диализа при рецидивирующем перитоните и длительно существующей программе;
- обострение хронических заболеваний органов брюшной полости, поддерживающих рецидивирующий диализный перитонит.

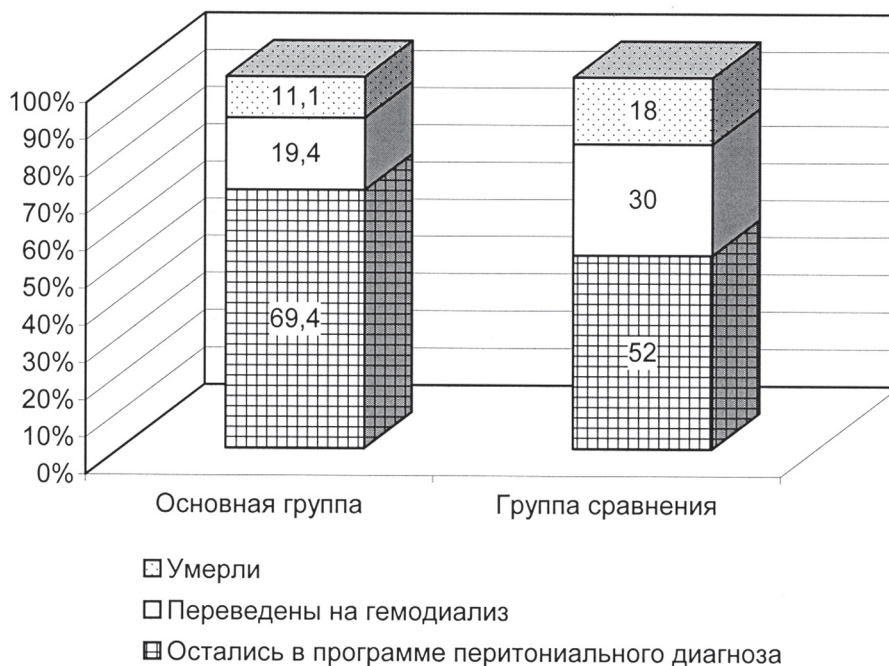
Операция заключалась в частичном или полном адгезиолизисе, санации брюшной полости антисептическими растворами и антибиотиками, выявлении и устранении вероятного источника инфекции (хронические заболевания брюшной полости), устранении субстрата, поддерживающего воспалительный процесс (гематома, фибрин, осумкованная диализирующая жидкость и т.д.), и смене перитонеального катетера. Во всех случаях нам удалось продолжить программу перитонеального диализа. Вместе с тем, несмотря на проведение в послеоперационном периоде автоматизированного перитонеального диализа в Tidal-режиме и использовании раствора «Экстранил», у двух больных через один и полтора месяца диализный пе-

ритонит рецидивировал, и они были переведены на гемодиализ.

Лапароскопические операции при сопутствующих хирургических заболеваниях были выполнены у шести пациентов (хронический калькулезный холецистит, грыжи передней брюшной стенки). Лапароскопическая холецистэктомия проведена у трех больных. У шести пациентов выполнено лапароскопическое грыжесечение при пупочной грыже, у одного – диагностическая лапароскопия и лапароскопическая санация брюшной полости по поводу острого панкреатита. У всех больных программа перитонеального диализа была успешно продолжена. Таким образом, развитие острых или прогрессирование хронических заболеваний органов брюшной полости не являются основанием для прекращения программы перитонеального диализа. В большинстве случаев возможна лапароскопическая коррекция и продолжение программы лечения [3, 4].

Сочетанное (симультанное) оперативное лечение выполнено семи пациентам. Чаще всего (в шести случаях) оперативное лечение сочеталось с последующей имплантацией или реимплантацией перитонеального катетера. У трех больных имплантация перитонеального катетера сочеталась с устранением грыжевого дефекта (пупочная грыжа), у двоих – с лапароскопической холецистэктомией. В одном случае лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с грыжесечением, еще в одном симультанно выполнено три оперативных вмешательства на органах брюшной полости и малого таза: холецистэктомия, удаление билатеральных кист яичников и видеоассистированная имплантация перитонеального катетера.

При оценке полученных результатов мы определяли выживаемость методики перитонеального диализа в основной группе и в группе сравнения. После лапароскопических операций были переведены на гемодиализ семь больных основной группы, что составило 19,4%. В группе сравнения от перитонеального диализа пришлось отказаться у 30% больных (см. рисунок). При этом процент летальных исходов в группе сравнения превышал этот показатель основной группы почти вдвое.



Выживаемость методики перитонеального диализа и летальность.

Наши наблюдения позволяют сделать вывод о том, что лапароскопические операции дают возможность пролонгировать программу перитонеального диализа при дисфункции перитонеального катетера, а также при развитии острых и прогресси-

ровании хронических хирургических заболеваний органов брюшной полости. Помимо этого, лапароскопические операции у больных ТХПН, получающих перитонеальный диализ, сопровождаются вдвое более низкой летальностью по сравнению с операциями, выполняемыми лапаротомным доступом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов П.В., Ватазин А.В., Шумский В.И., Кошелев Р.В. // Альманах клинической медицины, Т III: Клиническая и экспериментальная хирургия. – М., 2000. – С. 65-71.
2. Ватазин А.В., Астахов П.В., Савов А.М., Пасов С.А. // Современные аспекты заместительной почечной терапии при почечной недостаточности: Материалы междунар. нефрол. симпози. EDTA. – М., 1998. – С. 101.
3. Зверев Д.В., Долецкий А.С., Музуров А.Л. // Трансплантол. искусств. органы. – 1996. – №4. – С. 96-101.
4. Казимиров В.Г., Бутрин С.В., Беков Р.Р., Сапожников А.Д. Перитонеальный диализ в заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью: руководство для практик. врачей — Волгоград, 2005. – 96 с.
5. Филижанко В.Н. // Ватазин А.В., Шумский В.И., Круглов Е.Е., Астахов П.В. Комплексное лечение хирургических заболеваний у больных терминальной стадией ХПН. – М., 2002. – С. 111-121.
6. Cala Z., Mimica Z., Perko Z. et al. // Lijec. Vjesn. Aug-Sep. – 2002. – V. 124, No. 8-9. – P. 263-267.
7. Crabtree J.H., Fishman A. // Surg. Endosc. – 1999. – V. 13. – P. 186-190.
8. Jonlerl M., Jonlerl M., Lund L., Kyrval H. // Int. Urol. and Neph. March. – 2003. – V. 35. – P. 85-86.
9. Jwo S.C., Chen K.S., Lin Y.Y. // Surg. Endosc. – 2003. – V. 17. – P. 1666-1670.
10. Ögünç G., Tuncer M., Ogunc D. et al. // Surg. Endosc. – 2003. – V. 17, No.11. – P. 1749-1755.
11. Soontrapornchai P., Simapatanapong T. // Surg. Endosc. – 2004. – V. 18 – P. 56-58.
12. Wang J.Y., Chen F.M., Huang T.J. et al // Invest. Surg. – 2005. – V. 18, No.2 – P. 59-62.

МЕСТНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ИММОБИЛИЗОВАННЫМИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В КЛИНИЧЕСКОЙ И АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

*А.В. Воленко, С.В. Куприков, Р.А. Воленко, Е.В. Коломиец
РГМУ*

Этиология раневой инфекции неразрывно связана с характером и степенью микробной контаминации. В подавляющем большинстве случаев для профилактики и лечения гнойных осложнений в хирургии и травматологии применяют антибиотикотерапию с парентеральным назначением антибиотиков [2].

Многочисленные осложнения, а подчас и неэффективность общей антибиотикотерапии побудили хирургов использовать местное введение антибактериальных средств непосредственно в рану или в патологический очаг. Хорошо зарекомендовали себя способы орошения тканей операционной раны растворами антибиотиков и антисептиков [1, 3], инфильтрации тканей по линии предполагаемого кожного разреза [4, 7], покрытие ран клеевой антибактериальной композицией, повязками с антибиотиками, мази с антибиотиками и антисептиками и т.п. [6, 8]. Для местной антибиотикопрофилактики используется обработка раны порошком цефамизина, цефамандола, йодпирона, специальные иммобилизованные формы антибиотиков [3, 5, 9]. Однако из-за растворимости большего числа стандартных лекарственных форм антибиотиков, местное воздействие их непродолжительно и может привести к цитотоксическому эффекту, увеличению количества раневого экссудата, поверхностному некрозу тканей.

Для эффективной местной антибактериальной терапии необходимы новые лекарственные формы, обладающие целенаправленной местной пролонгированной