

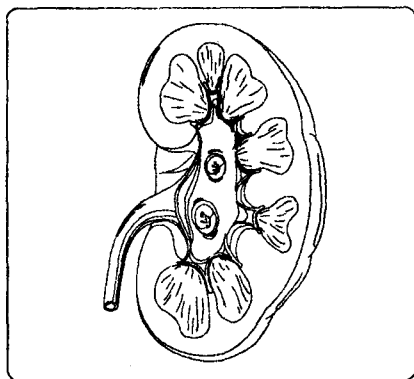
дермы противоположной стороны, а выведение иглы — со стороны подкожной жировой клетчатки (рисунок). Глубокая и поверхностная части стежка должны быть выполнены так, чтобы расстояние от края раны до точек вкалывания — выведения иглы, то есть место появления иглы в дерме, по обеим сторонам было одинаковым. Оптимальным расстояние между стежками составляет, по нашим данным, 1,5—2,0 см (рисунок). Затягивание производится изнутри только до сопоставления краев раны. Излишнее усилие приводит к нарушению микроциркуляции. При правильном наложении шва края раны сближаются с точным сопоставлением дермы и эпителиального слоя.

Резюмируя вышесказанное, можно отметить, что предложенный нами узловый липоинтрадермальный

шов соединяет преимущества узловых и косметических швов. После него не остается шовных меток на коже и в то же время имеется возможность выполнения предлагаемого шва при больших ранах, в том числе лапаротомных, и при необходимости — возможность проводить адекватное дренирование.

Л и т е р а т у р а

1. Золтан Я. *Cicatix optima*: Операционная техника и условия оптимального заживления ран.
2. Лопухин Ю.М. (ред.) *Хирургия*: Пер. с англ. М., 1997.
3. Бурых М.П. *Общие основы технологии хирургических операций*. Ростов-на-Дону, 1999.
4. Еланский Н.Н. *Хирургические болезни*. М., 1964.



УДК 616.61-003.4

О.Н. Денискин, А.А. Русаков, А.В. Павлов,
А.А. Алексиков, И.Г. Макагон

ЛЕЧЕНИЕ СОЛИТАРНЫХ КИСТ ПОЧЕК С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННЫХ МЕТОДОВ

*Амурская областная клиническая больница,
г. Благовещенск*

Чрескожная пункция кисты почки с аспирацией содержимого в качестве лечебной процедуры впервые была выполнена И. Томпсоном в 1861 г. В 1939 г. была предложена пункционная кистография. В последующие годы отмечалось неуклонное совершенствование пункционных методов лечения кист почек, было предложено множество методик визуализации кисты для проведения лечебной пункции, вплоть до ангиографии почек.

Однако популярность этого метода лечения резко возросла лишь с появлением ультразвуковых методик визуализации, особенно с применением исследования в режиме реального времени [1, 2].

Отношение к пункционному лечению кист почек неоднозначно. На наш взгляд, следует иметь четкие показания к применению этой методики.

Малоинвазивное пункционное лечение солитарных кист почек в Амурской областной клинической больнице выполняется с 1994 г. Всего за 1994—2000 гг. было выполнено 440 пункционных вмешательств. В течение первых 2 лет анализируемого периода применяли пункционное дренирование кист, затем пункционное лечение со склеротерапией кист — метод, используемый

в настоящее время. Мы несколько модифицировали его, что позволило получать более хорошие результаты.

Возраст пациентов составлял от 23 до 78 лет (средний возраст — 49,4 года). В большинстве это трудоспособная часть населения.

Показаниями к малоинвазивному пункционному лечению солитарных кист почек явились:

- наличие клинических проявлений, обусловленных кистой (повышение артериального давления, болевые и другие субъективные ощущения);
- обнаружение кист более 4–5 см в диаметре (как правило, полостные образования именно таких размеров вызывают клинические проявления);
- нарушения уродинамики, выявленные при экскреторной урографии и подтвержденные другими методами исследования.

Противопоказания к использованию метода носили в основном относительный характер:

- непереносимость применяемых лекарственных веществ (аллергические реакции в анамнезе);
- парапельвикальное расположение кисты.

Склеротерапия кист почек выполняется нами только в стационарных условиях под двойной визуализацией — ультрасонографической и рентгеноско-

пической. Положение больного для оперативного пособия — лежа на животе. К траектории направления иглы предъявляются следующие требования: доступ, минуя полые органы и, по возможности, наименее травматичный для паренхимы почки и мочевыводящих путей. Как правило, это поясничная область (без строгих анатомических ориентиров). В ходе предварительного ультразвукового исследования оценивается расположение кисты, состояние полости, наличие включений, дополнительных камер и место пункции.

Вмешательство выполняется только под местной анестезией. Данный метод обезболивания способствует контакту с больным, выявлению осложнений в процессе манипуляции. Противопоказанием к местной анестезии является лишь непереносимость всех местных анестетиков, но с этим явлением нам сталкиваться не приходилось.

Для пункционного лечения (без дренирования полости кисты) используются иглы, применяемые при транслюмбальной пункции аорты, с боковыми отверстиями на кончике (для предотвращения прилипания стенок спадающейся кисты к игле). Необходимо учитывать периодически возникающее "проводное", или контактное, кровотечение из стенок кисты, поэтому диаметр просвета иглы должен быть достаточно широким для удаления мелких крошковидных тромботических масс, возникающих при реакции крови на введенное склерозирующее вещество.

Существенной стороной вопроса является выбор склерозанта, его количество и время воздействия на окружающие ткани. Предложены различные склерозирующие составы: этиловый спирт, йодные настойки, специальные склерозирующие растворы, контрастные вещества, каждый из которых обладает своими достоинствами и недостатками [1]. Менее всего недостатков у специальных склерозантов, за исключением выраженного воздействия на окружающие ткани, что не позволяет допускать погрешности при пункции и их введении в полость кисты. Нами в начале лечебной деятельности использовался 95% этиловый спирт, который вводился по дренажу и через иглу при простой пункции кисты. От использования обычного этилового спирта мы впоследствии отказались по нижеследующим причинам:

- относительно малая эффективность (рецидивы — до 10%),
- серия нагноений в послеоперационном периоде (4 случая).

Гнойно-воспалительные процессы были устранены повторными пункциями и не потребовали оперативного вмешательства, а причиной явился нестерильный (!) этиловый спирт, что выявлено при бактериологическом исследовании. Этот опыт подтолкнул нас к следующим действиям:

1. Этиловый спирт готовится специально для этих манипуляций в стерильном виде (стерилизуется по специальной методике в больничной аптеке).

2. Для манипуляций мы используем смесь 95% этилового спирта, 5% йодной настойки и 76% кон-

трастного вещества, что снизило процент рецидивов до 5,6%, а также полностью исключило гнойно-воспалительные явления в послеоперационном периоде.

В начальном периоде время воздействия склерозанта (этиловый спирт) составляло до 24 ч. Рецидивов при этой методике не отмечено, но недостатками метода явились:

— раздражение дренажной трубкой окружающих тканей, приносящее неоправданные болевые ощущения пациенту;

— подтекание склерозирующего раствора в окружающие ткани при движениях больного (по окончании времени воздействия удалялось не более 60% введенного раствора);

— высокая стоимость используемых дренажей (20 долл. США и выше);

— случаи нагноения полости кисты после удаления дренажа (3 больных), что потребовало повторных пункций полости с промыванием антисептическими растворами и применения антибактериальной терапии (по всей видимости, инфицирование произошло во время длительного нахождения дренажа в полости кисты).

Последующие изменения тактики лечения были направлены на устранение вышеперечисленных недостатков. Мы стали применять пункционное лечение со склеротерапией полости кисты без дренирования.

Наиболее спорным вопросом в этой методике явилось время воздействия склерозанта. Исходя из накопленного опыта (в ходе освоения методики нами исследован интервал от 15 мин до 1 ч) оптимальным является период воздействия 25-35 мин. Необходимо учитывать, что простое введение склерозирующего состава и выдерживание временных интервалов не приносит ощутимых результатов, поэтому в процессе склеротерапии предпочтительно пользоваться сменой растворов в полости кисты (постоянное или периодическое промывание), что приводит к более полному воздействию склерозанта на полость кисты. Вводимый раствор должен составлять по объему около 50% от полученного содержимого, но не более 100 мл.

При пункционном лечении кист мы наблюдали следующие осложнения:

1. *Кровоизлияние в полость кисты вследствие повреждения мелких сосудов стенки.* Это наиболее частое осложнение (5,3% случаев), которое встречалось в основном при парапельвикальном расположении кисты. Жидкая часть крови по возможности удалялась, затем вводилось склерозирующее вещество, вызывающее коагуляцию. Впоследствии крошковидные тромботические массы удалялись через иглу большего диаметра.

2. Попадание склерозирующего раствора в окружающие ткани. Данный вид осложнений встречался в нашей работе достаточно редко (1,2% случаев), так как манипуляции проводились при двойной визуализации (ультразвуковой контроль и рентгеноскопия). Для исключения этого осложнения склерозант вводился в полость кисты под рентгенологическим контролем.

3. Ошибочная пункция мочевыводящих путей (0,68%) — редкое осложнение, связанное с неверно установленным диагнозом в предоперационном периоде. Причиной в 2 случаях было полное удвоение почки с гидронефротической трансформацией, что было ошибочно принято за кисту, и в 1 случае — дивертикул чашечки. В 2 случаях патология была установлена при предварительном введении контраста в полость предполагаемой кисты и в 1 — только при введении склерозанта, когда одновременно заполнились гидронефротически трансформированная почка и мочеточник и у больного внезапно появились жалобы, типичные для почечной колики. Ни в одной из этих манипуляций осложнений не отмечено. Одномоментно была выполнена пункционная нефростомия с дальнейшим оперативным лечением.

4. Гнойно-воспалительные процессы, описанные выше.

5. Структура мочевыводящих путей — 1 случай (0,23%), обусловленная рубцовыми изменениями стенки парапелвикальной кисты, вызвавшей циркулярную компрессию мочеточника на уровне лоханочно-мочеточникового сегмента. Именно этот случай заставил нас осторожно относиться к пункции кист, расположенных в воротах почки.

Следует отметить, что наиболее часто осложнения встречаются при парапелвикальном располо-

жении полости, вследствие чего от пункции этой разновидности кист мы отказались.

Выводы

1. Чрескожная пункционная склеротерапия кист почек является реальной альтернативой оперативному лечению кист.

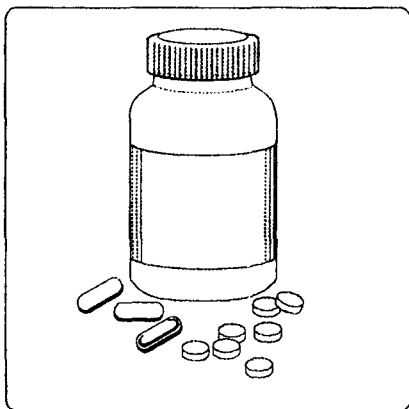
2. Относительная простота выполнения манипуляции, сокращение затрат на оперативное пособие и послеоперационное ведение больных, отсутствие косметических дефектов, возможность выполнения больным, имеющим противопоказания к традиционному оперативному лечению и с высоким риском общей анестезии — все это делает метод доступным и привлекательным для использования в повседневной практике.

3. При соблюдении правил проведения манипуляции и показаний метод практически не вызывает осложнений и снижает количество рецидивов.

Литература

1. Игнашин Н.С. // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике: Т.4. / Под ред. В.В. Митькова. М., 1997.

2. Трапезникова М.Ф., Уренков С.Б., Ба У.Р. Диагностика и лечение простых кист почек. М.: ОМЦ им. Блохина, 1997.



УДК 616.345 — 008.87 — 053.4

Я.А. Ахременко, Л.О. Иноземцева,
М.И. Леверьева

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ЗДОРОВЫХ ДОШКОЛЬНИКОВ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БАД “ЭПСОРИН”

Медицинский институт Якутского государственного университета
им. М.К. Аммосова, г. Якутск

Многочисленные факторы природной и социальной среды Крайнего Севера оказывают выраженное влияние на организм человека и, в частности, на формирование и функционирование микробиологических систем. Резко континентальный климат, избыточная инсоляция летом и недостаточная зимой, отрицательный среднегодовой температурный режим могут приводить к нарушениям в составе микрофлоры толстого кишечника. По данным некоторых авторов [8, 10], играет роль и белково-липидный тип питания, установленный у коренного населения Якутии. Кроме того, у жителей Крайнего Севера в зимнее и весеннее время года наблюдается острый дефицит витаминов А, Е и группы В, не поддающийся

коррекции в связи с повышенной потребностью и недостаточным поступлением их в организм с пищей [4, 6, 10]. Все эти неблагоприятные факторы не могут не сказаться на состоянии микробиологии человека, проживающего на Севере.

Особенно уязвимым в таких условиях является детское население. Неудивительно, что в северных регионах среди детей особенно высока распространенность патологии желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной системы, а также аллергии и других заболеваний, при которых одним из звеньев патогенеза является состояние микробиологической среды [7, 10, 11]. Одной из наиболее гибких систем, активно участвующих в метаболических процес-