

Е.В. Григоров, А.Ю. Быков, Е.Г. Юшина, И.А. Поршенников, Е.М. Зяблицкая

СРАВНЕНИЕ ВАРИАНТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Цель исследования: анализ вариантов формирования постоянного сосудистого доступа для гемодиализа (использованием синтетических сосудистых протезов и нативная артериовенозная фистула) с точки зрения их выживаемости, адекватности для проведения гемодиализа, количества повторных оперативных вмешательств, частоты инфекционных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены пациенты, прооперированные в нашей клинике в 2009 – 2011 гг. с целью формирования постоянного сосудистого доступа для гемодиализа (119 больных). Большинство из них (97), составили первую группу исследуемых, имеют в качестве постоянного сосудистого доступа нативную артериовенозную фистулу. Вторая группа, представлена 22 больными, имеет постоянный сосудистый доступ с использованием синтетических сосудистых протезов из политетрафторэтилена. Протезы были имплантированы в связи с истощением нативного сосудистого ресурса.

Функциональная состоятельность постоянного сосудистого доступа оценивалась исходя из параметров объемных скоростей кровотока по нему и качеству проводимого гемодиализа. В обеих группах больных доступ обеспечивал необходимый уровень кровотока для проведения адекватного гемодиализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнении времени функционирования постоянного сосудистого доступа в каждой из групп выявлены различия в выживаемости. Несмотря на статистическую недостоверность тенденция различий представляется нам очевидной. Одногодичная выживаемость доступа в первой группе составила 89 %, в группе с имплантированными синтетическими сосудистыми протезами – 82 %. Двухгодичная выживаемость – 85 % и 57 % в первой и второй группах соответственно. При сравнении кривых выживаемости очевидные различия (не в пользу синтетических сосудистых протезов) прослеживаются, начиная с 400 дня наблюдения.

Статистически значимые различия получены при анализе частоты повторных оперативных вмешательств (направленных на восстановление функции доступа в связи с тромбозом) в каждой группе. В группе пациентов с артериовенозной фистулой частота подобных вмешательств составила 0,24 на одного пациента в год, во второй группе частота повторных операции была существенно выше – 0,83 на одного пациента в год, различие статистически достоверно ($p = 0,037$).

Сравнивая частоту развития инфекционных осложнений в каждой из групп, необходимо отметить, что у пациентов с имплантированными синтетическими сосудистыми протезами мы не встретились с подобными явлениями. У 2 пациентов с артериовенозной фистулой развившееся инфекционное воспаление удалось купировать консервативно.

ВЫВОДЫ

Приоритетным видом первичного сосудистого доступа для гемодиализа следует считать нативную артериовенозную фистулу, принимая во внимание длительное время ее функционирования, малое количество осложнений, требующих оперативной коррекции. Оправданным представляется использование протезов при невозможности формирования фистулы ввиду истощения сосудистого ресурса, поскольку данный вид также обеспечивает необходимый для адекватного диализа кровотока, прост в формировании, имеет сравнимый с нативным доступом риск инфекционных осложнений.

Н.Н. Григорьев, В.М. Михайлова, В.Г. Игнатьев

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КАРБУНКУЛАХ ПОЧКИ

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи, колопроктологическое отделение (Якутск)

Цель: усовершенствование техники органосохраняющих операций по поводу карбункула почки через малые операционные доступы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы данные хирургического лечения 13 больных, оперированных методом мини-люмботомии и конусовидного иссечения карбункула почки за период 2008–2011 гг. Из них — 9 женщин, 4 мужчин в возрасте от 23 до 66 лет (в среднем 43,1 года). Заболевание локализовалось справа у 8 пациентов, слева — у 4-х, и двухсторонняя локализация отмечена у одной больной. У трех больных был впервые выявлен сахарный диабет.

Мини-разрез производился у концевой части 11 ребра по направлению хода волокон наружной кожной мышцы живота. Разрез длиной 5–6 см создавал раневую апертуру диаметром 8–9 см. Послойное раздвижение трех групп мышц и введение поочередно, начиная с коротких, с последующей сменой на более длинные, 4–5 управляемых лопаток обеспечивает формирование достаточной раневой апертуры в центре которой располагается почка. Карбункул почки иссекался скальпелем циркулярными движениями, ориентируясь цветом иссекаемой ткани и степенью кровотечения. В результате на поверхности почки образуется кратерообразное конусовидное углубление, полностью повторяющее строение бывшего карбункула. При этом почке не наносится дополнительная травма, поскольку удаляется лишь мертвая ткань.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции составила 88,8 минут. Конверсия на люмботомию и нефрэктомия произведена в одном случае. Нормализация температуры тела в среднем на 2–3 сутки. Активация больных после операции на 2–3 сутки. Наркотические анальгетики применялись 1–2 дня после операции и далее отменялись в связи с минимальным болевым синдромом. Снятие швов с операционной раны производилось на 7–11 сутки после операции. Интра- и послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

Прооперированные данной методикой пациенты обследованы в срок до 3-х лет. Все они высказывали удовлетворение эстетическим видом и субъективными ощущениями в области послеоперационного рубца.

ВЫВОДЫ

1. Минилюмботомия существенно снижает агрессивность оперативного вмешательства и при этом позволяет в полной мере провести некрэктомию с паренхимы почки и качественно дренировать околопочечную клетчатку.
2. Методика конусовидного иссечения карбункула резко снижает тяжесть послеоперационного периода, обрывает течение септического состояния и ускоряет процессы выздоровления.
3. Доступ соответствует критериям физиологической дозволенности и максимальной доступности почки.
4. Снижается уровень дискомфорта в ближайшем послеоперационном периоде, уровень болевых ощущений, физической ограниченности.

Н.Н. Григорьев, В.Г. Игнатьев, В.М. Михайлова

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи (Якутск)

Одним из актуальных вопросов урогинекологии является недержание мочи при напряжении. По данным различных авторов, частота этого заболевания у женщин старше 40 лет достигает 75–80 %.

Цель: анализ проведенных slingовых операций при стрессовом недержании мочи.

МАТЕРИАЛ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

В период с 2009 по 2011 г. проведены 8 slingовых операций ТВТ-О и одна операция, предусматривающая формирование лоскута-трубки из влагищной стенки с последующей фиксацией его в зоне шейки мочевого пузыря и проведение поддерживающих лигатур в надлобковую область (авторы О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь). Средний возраст пациенток составил 55 лет.

Операции ТВТ-О проводились под спинномозговой анестезией по стандартной методике. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Средняя длительность операции составила 45 мин. Активация больных по истечении первых суток после операции. Катетеризация мочевого пузыря в послеоперационном периоде до 1 суток. Пациентки отмечали полное удержание мочи сразу после удаления уретрального катетера. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 3 ± 1 койко-день. Срок