

шательства. В Бурятском республиканском онкологическом диспансере разработан в эксперименте и внедрен в клиническую практику способ резекции печени при ее очаговых поражениях с использованием конструкций из биосовместимого сверхэластичного материала с памятью формы, защищенный патентом РФ на изобретение № 2286103.

Цель исследования: анализ ранних и отдаленных результатов лечения очаговых поражений печени за 2001 – 2007 гг., по данным 2 хирургического отделения БРОД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За анализируемый период было выполнено 47 оперативных вмешательств при неопластических процессах печени. Из них 26 резекций печени с использованием конструкций из биосовместимого сверхэластичного материала с памятью формы. В остальных случаях (21) применялись операции, объем вмешательства которых определялся характером и размером поражения печени (кистэктомия, субтотальная перикистэктомия, фенестрация кисты и т.д.).

Из 47 пациентов мужчин было 21 (44,7 %), женщин – 26 (55,3 %), городские жители – 28 (59,5 %), сельские – 19 (40,4 %), средний возраст составил $53,4 \pm 9,24$ лет.

Резекция печени по разработанной методике была выполнена по поводу доброкачественных новообразований (8), первичного рака печени (6), кист (6) и метастазов опухолей другой локализации (7). При применении данного метода осложнения различного характера в раннем послеоперационном периоде развились в 5 случаях (16,6 %). Летальный исход в раннем послеоперационном периоде развился, в одном случае (3,3 %) в результате развития острой печеночно-почечной недостаточности. Пациент был прооперирован по поводу первичного рака печени на фоне цирроза.

Пятилетняя выживаемость больных после резекции печени по принятой методике (расчет по E. Kaplan, P. Meier, прослеженность – 100 %), имевших доброкачественные новообразования и кисты печени, составила 100 %. Однолетняя выживаемость при первичном раке печени составила 66,6 %, в целом наши данные соответствуют литературным.

В остальных случаях (21) выживаемость зависела от размера и характера поражения печеночной паренхимы и объема проведенного хирургического лечения. В целом данные о выживаемости в данной группе больных достаточно низки.

Таким образом, изучение ближайших и отдаленных результатов лечения очаговых поражений печени позволило нам сделать следующие выводы.

1. Резекция печени с применением конструкции из сверхэластичного материала с памятью формы способствует уменьшению интраоперационных осложнений и улучшает непосредственные результаты оперативного лечения. На отдаленные результаты использование данного метода влияния не оказывает.

2. Полученные нами данные о выживаемости больных при хирургическом лечении очаговых поражений печени не разнятся с данными литературы.

**В.Е. Хитрихеев, Э.З. Гомбожапов, Н.Б. Горбачев, Ж.Б. Очиров,
Б.В. Цыбжитов, Р.Х. Матвеев, А.К. Цыбжитова**

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Проблема лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж возникла одновременно с развитием хирургии брюшной полости и остается одной из самых острых в абдоминальной хирургии. По мнению большинства хирургов, пластика брюшной стенки местными тканями при послеоперационной грыже ввиду значительного количества рецидивов, доходящего до 44 %, имеет весьма ограниченный применение и используется в основном при грыжах малого размера. Неудовлетворительные результаты таких операций продиктовали необходимость использования для герниопластики дополнительного укрепляющего материала.

За период с 2005 по 2007 гг. в хирургическом отделении ГК БСМП им. В.В. Ангапова с послеоперационными вентральными грыжами пролечено 82 больных, из них 28 больным была произведена операция с использованием полипропиленового эндопротеза («Линтекс-Эсфил», Санкт-Петербург). При распределении больных по полу женщин было 70 %, при распределении больных по возрасту лиц пожилого возраста – 55 %. По клинической характеристике грыжи были преимущественно срединной локализации.

В дооперационном периоде всем больным проводили комплексное обследование с применением современных методов исследования. В клинической характеристике оценивали анамнез, сопутствующую патологию, результаты функциональных исследований. Особое внимание уделяли оценке состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В предоперационной подготовке и обследовании больных, наряду с хирургом участвовали опытный анестезиолог и терапевт.

При оценке сопутствующих заболеваний оказалось, что большинство больных страдали ожирением (72 %), нередко в сочетании с сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией.

По варианту расположения эндопротеза больные распределились на 2 группы.

В 1 группе (18 случаев) производилась надапоневротическая фиксация протеза. В этом варианте имплантант располагали поверх грыжевых ворот, которые ушивали край в край по типу первичного шва.

Во 2 группе (10 случаев) протез размещали предбрюшинно (или подапоневротически), т.е. фиксировали с внутренней стороны апоневроза с последующим сшиванием последнего «край в край» без натяжения тканей, при этом грыжевой мешок ушивали с формированием дубликатуры.

В послеоперационном периоде большое значение уделяли профилактике инфекционных и тромбоэмболических осложнений, предупреждению миграции трансплантата.

У всех больных в послеоперационном периоде в течение 3–5 суток отмечалось истечение по дренажам геморрагической, а в дальнейшем – серозной жидкости. Количество отделяемой жидкости зависело от размеров грыжевых ворот и выраженности подкожно-жировой клетчатки. При больших грыжах количество отделяемой серозно-геморрагической жидкости достигало 100–120 мл. В большинстве случаев дренажи удаляли на 5–6-е сутки, когда за сутки выделялось не более 20–30 мл серозной жидкости.

Послеоперационные осложнения носили в основном местный характер. В 6 случаях наблюдали образование сером, которые были пролечены консервативно пункционным методом.

В отдаленном послеоперационном периоде у всех 28 больных, оперированных данным методом, рецидивов грыж не зарегистрировано.

Таким образом, полученный положительный опыт герниопластики с использованием полипропиленового эндопротеза при послеоперационных грыжах передней брюшной стенки позволяет расширить показания к ее применению.

В.Е. Хитрихеев, Д.Д. Доржиев, Н.Б. Горбачев, С.К. Хайрулина, Ю.Д. Доржиев

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Высокая летальность, тяжелые осложнения, нерешенность многих вопросов борьбы с абдоминальной хирургической инфекцией приводят к поиску патогенетически обоснованных методов консервативного и оперативного лечения с целью улучшения непосредственных результатов и качества жизни пациентов.

Цель исследования: улучшение результатов лечения распространенного гнойного перитонита осложненного кишечными свищами путем разработки и применения методики создания бесшовного компрессионного анастомоза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 23 больных со сформированными и несформированными кишечными свищами. Среди них было 16 (69,6 %) мужчин и 7 (30,4 %) женщин, средний возраст составил $46,6 \pm 12,8$ лет. Причинами образования кишечных свищей были острые воспалительные заболевания органов брюшной полости, закрытые и открытые травмы живота, преимущественно с сочетанными повреждениями паренхиматозных и полых органов. Всем больным, помимо клинико-лабораторного обследования, по показаниям выполняли весь спектр инструментальных методов исследования, включающий в себя рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические методы исследования в различных разрешительных способностях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всем больным была выполнена разработанная методика операции, в основе которой лежит принцип создания бесшовного соустья. Показаниями к выполнению операции были наличие 2-х свищей тонкой