

Нами было изучено изменение биохимических показателей при хирургическом лечении желчно-каменной болезни у 328 пациентов на базе Городской клинической больницы № 1 г. Читы. Из них у 262 (79,9 %) больных проведена лапароскопическая холецистэктомия, у 66 (20,1%) — традиционная холецистэктомия. Исследование биохимических показателей проводилось до операции и на 3–5 сутки после оперативного вмешательства.

При проведении традиционной холецистэктомии было отмечено увеличение аланинаминотрансферазы с $78,73 \pm 10,67$ до $95,34 \pm 13,17$ МЕ/л; аспарагинаминотрансферазы — с $55,12 \pm 6,39$ до $58,79 \pm 3,41$ МЕ/л; увеличение уровня α -амилазы сыворотки крови с $90,38 \pm 6,55$ до $103,08 \pm 5,3$ ЕД; уменьшение уровня креатинина с $96,66 \pm 4,29$ до $90,24 \pm 2,87$ ммоль/л; мочевины — с $5,92 \pm 0,59$ до $5,28 \pm 0,36$ ммоль/л; показатели сахара крови оставались в пределах нормы.

При лапароскопической холецистэктомии отмечено увеличение уровня аланинаминотрансферазы с $28,95 \pm 1,39$ до $50,01 \pm 1,72$ МЕ/л; аспарагинаминотрансферазы — с $37,01 \pm 1,49$ до $46,17 \pm 1,23$ МЕ/л; уровня α -амилазы сыворотки крови — с $89,89 \pm 2,71$ до $96,94 \pm 3,02$ ЕД; креатинина — с $86,32 \pm 1,25$ до $89,52 \pm 2,15$ ммоль/л; мочевины — с $4,31 \pm 0,12$ до $4,82 \pm 0,12$ ммоль/л; показатели уровня сахара крови оставались без изменений.

Нами установлено, что исходный уровень трансаминаз при традиционных операциях значительно выше, чем при лапароскопических. Вероятно, это связано с тем обстоятельством, что традиционным операциям в нашей клинике подвергаются больные с осложненными формами желчнокаменной болезни (острый холецистит, механическая желтуха и т.д.).

Таким образом, при проведении операций на желчном пузыре отмечается нарушение функции печени. Наиболее выраженная динамика изменений трансаминаз наблюдается при проведении лапароскопической холецистэктомии. Вероятнее всего, это можно объяснить техническими особенностями указанных операций (обширная электрокоагуляция ложа желчного пузыря, длительный пневмоперитонеум и т.д.). Вместе с тем, такие биохимические показатели, как уровень α -амилазы в сыворотке крови, мочевины и креатинина, достоверно не изменяются.

В.Е. Хитрихеев, Н.Х. Ханхараев, А.Н. Перинов

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОСОВМЕСТИМЫХ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ

*ГОУ ВПО Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Бурятский республиканский онкологический диспансер (Улан-Удэ)*

В настоящее время успешное развитие современной хирургической гепатологии связано с совершенствованием оперативных вмешательств, а также достижениями в области высоких технологий. Поиск новых эффективных и малотравматичных способов резекций печени остается перспективным направлением. В этой связи актуальным является использование сверхэластичных материалов с памятью формы в хирургической гепатологии для улучшения результатов хирургического лечения при очаговых поражениях печени.

Цель исследования — разработать способ резекции печени с применением конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы на основании экспериментально-клинических исследований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Бурятском республиканском онкологическом диспансере совместно с сотрудниками Томского НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы разработан в эксперименте и внедрен в клиническую практику способ резекции печени при очаговых ее поражениях с использованием сверхэластичного биосовместимого материала с памятью формы. Конструкции различных форм и размеров были изготовлены в НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (патент РФ № 2286103 от 23 мая 2005 года).

С 2000 года по апрель 2007 год было выполнено 28 операций по разработанной методике по поводу гемангиом, первичного рака, кист, фибромы и метастазов печени. Возраст больных колебался от 24 до 73 лет, в среднем — $54,8 \pm 3,9$ лет. Наиболее часто очаговые поражения печени встречались в правой доле — 18 случаев, в левой доле — 10 случаев. При этом использовалась классификация сегментарного строения печени по Куино (Couinaud), как наиболее лучше отвечающим, по нашему мнению, потребностям гепатохирургии.

Все больные обследовались в до- и послеоперационном периодах. Проводились стандартизованные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, разработанные для каждой но-

зологической формы. Подготовка больных к операции проводилась с учетом нескольких моментов. Прежде всего, определяли степень поражения печеночной паренхимы и степень состояния важнейших функций печени, а также предполагаемый объем и тяжесть оперативного вмешательства. Помимо этого, учитывали состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, наличие других сопутствующих патологий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вмешательства на левой доле печени, вплоть до кавальной левосторонней лобэктомии, выполняли, используя верхнесрединный доступ. Резекцию правой доли осуществляли, преимущественно используя доступ Б.И. Альперовича. Необходимости превращения доступа в торакоабдоминальный в наших наблюдениях не возникало. Мобилизацию печени производили по общепринятой методике путем рассечения ее связочного аппарата. После определения размеров патологического очага и объема предполагаемой резекции печени, тщательно подбирали конструкцию из сверхэластичного материала с памятью формы. При рассечении паренхимы печени лигировали или клипировали крупные сосуды и желчные протоки. Раневую поверхность печени при необходимости прикрывали большим салынком. Операцию обычно заканчивали дренированием подпеченочного и поддиафрагмального пространств 2 силиконовыми дренажами.

Дренажи удаляли на 4–5-е сутки при отсутствии отделяемого из брюшной полости. Первые 4–5 суток больные находились в реанимационном отделении. Проводилась коррекция нарушения основных систем жизнеобеспечения, причем особое внимание уделяли профилактике острой печеночной недостаточности. По показаниям выполняли рентгенологическое исследование органов грудной клетки. При необходимости проводили ультразвуковое исследование зоны резекции для обнаружения возможных ограниченных жидкостных скоплений. Кроме стандартных клинических и биохимических лабораторных исследований, в послеоперационном периоде особое внимание уделяли динамике активности индикаторных ферментов — АЛТ и АСТ, которые определяли на 2-е, 3-е, 5-е сутки и в дальнейшем по показаниям.

Из 28 случаев резекции печени осложнения различного характера в послеоперационном периоде развились в 5 случаях, что составило 17,8 % (табл. 1).

Таблица 1
Послеоперационные осложнения при резекции печени с применением конструкции из сверхэластичного материала с памятью формы

Характер осложнений	Количество	Летальность
Реактивный плеврит справа	2	—
Реактивный плеврит справа, пневмония	1	—
Обострение хронического гепатита	1	—
Печеночно-почечная недостаточность	1	1
Итого	5	1

Летальный исход в раннем послеоперационном периоде развился в одном случае (3,9 %) в результате развития острой печеночно-почечной недостаточности. Больной был оперирован по поводу первичного рака печени, развившегося на фоне цирроза. Правосторонний плеврит развился у трех больных, при этом у одной больной развился на фоне двухсторонней пневмонии, клинически проявляясь гипертермией до 38–39 °С, болями в правой половине грудной клетки, усиливающимися при дыхании, ознобом, выраженной одышкой, воспалительными изменениями в анализах крови.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанный нами способ резекции печени с применением конструкций из сверхэластичного биосовместимого материала с памятью формы создает хорошие условия для оперативного вмешательства на печени, способствует уменьшению интраоперационных осложнений и улучшает непосредственные результаты лечения.

Предлагаемый способ резекции печени может широко применяться в хирургических учреждениях, т.к. является технически простым, доступным и не требует больших материальных затрат.