

момента поступления. Тотальная форма панкреонекроза имела место у 8, субтотальная — у 5 пациентов; геморрагический панкреонекроз — 10 пациентов, жировой — 2 пациента.

Вторая группа — 44 пациента с гнойными осложнениями деструктивного панкреатита, развившимися на 10–12 сутки с момента поступления. Оперативное лечение заключалось в верхнесрединной лапаротомии, бурсооментостомии, некрсеквестрэктомии, дренировании сальниковой сумки через оментостому и в 80 % дополнительно через Винслово отверстие. При забрюшинной флегмоне — широкое дренирование забрюшинного пространства. У 35 пациентов с тотальным панкреонекрозом применили открытый метод лечения. Он позволил выполнять систематический контроль за состоянием некротических изменений в железе. Хороший эффект мы получили от перманентного промывания сальниковой сумки озонированным физиологическим раствором в концентрации озона 4–5 мг/л. У 8 больных процесс панкреонекроза осложнился профузным кровотечением, которое удалось остановить тугой тампонадой сальниковой сумки, гемостатической и заместительной терапией. Следует отметить хороший гемостатический эффект при применении смоченных тампонов озонированным физиологическим раствором в концентрации 18–20 мг/л. В этой группе умерло 23 пациента, что составило 52 % послеоперационной летальности.

ВЫВОДЫ

Таким образом, при деструктивном панкреатите консервативное лечение должно быть своевременным и комплексным.

Лечение гнойных осложнений требует широких оперативных доступов как к самой железе так и забрюшинного пространства.

П.Г. Сысолятин, С.П. Сысолятин, И.А. Панин, О.Д. Байдик, Н.В. Руденских

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

**ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ
(Новосибирск)**

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

Современная челюстно-лицевая хирургия характеризуется активной разработкой малоинвазивных технологий, позволяющих снизить травматичность оперативного вмешательства, обеспечить высокие функциональные и эстетические результаты. Среди этих технологий особое место занимает эндоскопическая хирургия, которая остается пока что малоразработанным разделом челюстно-лицевой хирургии.

В отделении челюстно-лицевой хирургии Новосибирской областной клинической больницы за период 1996–2011 г. выполнена 501 эндоскопическая операция по поводу различных патологических процессов челюстно-лицевой области. У 50 больных эндоскопия использовалась с диагностической целью, у 451 — с лечебной. В последней группе у 271 больного показаниями к эндовидеохирургии явились одонтогенные верхнечелюстные синуситы, у 80 — радикулярные кисты челюстей, у 56 — переломы средней зоны лицевого скелета, у 44 — переломы ветви и мышцелкового отростка нижней челюсти. Анализ клинического материала показал, что разработанные способы эндохирургического лечения одонтогенных синуситов верхнечелюстной пазухи являются методом выбора, позволяют при минимальной травме осуществить ее полноценную санацию, в ранние сроки реабилитировать больного, в сравнении с традиционными методами в 8 раз снизить рецидив синусита, к минимуму свести риск повреждения подглазничного нерва. Перспективным направлением также является эндоскопическая цистэктомия одонтогенных кист челюстей, при которой благодаря малой инвазивности и сохранению костных стенок полости, обеспечивается оптимальное течение репаративных процессов, восстановление анатомической целостности челюсти, снижение количества послеоперационных осложнений. При прорастании одонтогенной кисты в верхнечелюстную пазуху показан метод трансантральной эндоскопической цистотомии. Принципиально новые возможности открывает эндоскопическая хирургия при лечении переломов средней зоны лицевого черепа. Она позволяет осуществить полноценную санацию верхнечелюстной пазухи, выполнить щадящую репозицию костных отломков и их остеосинтез при оскольчатых переломах образований орбиты, верхнечелюстной пазухи. При переломах в области ветви нижней челюсти, шейки и основания мышцелкового отростка остеосинтез под видеоэндоскопическим контролем исключает повреждение ветвей лицевого нерва и образование рубца на коже лица. Клинические наблюдения показали, что эндоскопия расширяет возможности диагностики заболеваний верхнечелюстной пазухи, позволяет установить характер, локализацию и распространенность патологического процесса, одномоментно оценить состояние носовой полости, околоносовых пазух, нижней и медиальной стенок глазницы. Эндоскопическая диагностика полостных образований челюстей от-

личается высокой информативностью, меньшей травматичностью, снижает риск послеоперационных осложнений, в сравнении с традиционными методами.

Эндоскопическая челюстно-лицевая хирургия представляет новую концепцию в лечении заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области, позволяющую кардинально изменить стратегию отбора, лечения и реабилитации больных с патологическими процессами этой локализации. Для более широкого внедрения эндоскопической хирургии в лечебные учреждения страны необходимо ввести этот раздел в программу подготовки специалистов по челюстно-лицевой хирургии, оснастить стационары челюстно-лицевой хирургии необходимым оборудованием и инструментарием для проведения эндоскопических операций.

А.В. Тобохов, Л.В. Ховрова

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»
Министерства образования и науки РФ (Якутск)*

В последние десятилетия в Республике Саха (Якутия) происходит рост заболеваемости раком толстой кишки, поэтому проблема ранней диагностики и его лечения приобрела в настоящее время важное значение. Статья посвящена одному из самых распространенных онкологических заболеваний — раку толстой кишки.

Рассматриваются вопросы дифференцированного подхода к его комплексному лечению. Наилучшие результаты пятилетней выживаемости больных достигнуты в группе больных с раком толстой кишки в стадии А.

Нами проведен анализ наблюдений 119 больных со злокачественными новообразованиями ободочной и прямой кишок, находившихся на лечении и обследовании в национальном центре медицины Республики Саха (Якутия) с 1997 по 2007 г. Возраст больных от 27 до 86 лет. По полу: женщин — 57, мужчин — 62. Наиболее эффективными в диагностике являются ирригоскопия в сочетании с эндоскопией толстой кишки, биопсией опухоли с последующим гистологическим исследованием тканей. РКТ, ультразвуковое исследование позволяют судить о распространенности процесса и наличии метастазов опухоли.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Локализация процесса: в восходящей и слепой кишке опухоль локализовалась в 17 % наблюдений, в поперечной ободочной кишке — в 10 %, в нисходящей — в 4 %, в сигмовидной — в 29 % и в прямой кишке — в 40 % случаев. По микроскопическому строению нами установлены следующие виды злокачественных эпителиальных опухолей:

1. Аденокарцинома — 87 % случаев, из них высокодифференцированная в 36 %, умеренно-дифференцированная в 45 % и низкодифференцированная в 19 %.
2. Слизистая аденокарцинома — в 1 %.
3. Перстневидно-клеточный рак — в 1 %.
4. Плоскоклеточный рак — в 2 %.
5. Недифференцированный рак — в 9 %.

Чаще всего новообразования толстой кишки имеют строение аденокарциномы. По классификации Dukes, больные распределились следующим образом. Стадия А — выявлена в 3 % наблюдений, стадия В — в 17 %, стадия С1 — в 28 %, стадия С2 — в 39 %, стадия D — в 13 % случаев.

В настоящее время, по нашему мнению, у больных раком ободочной кишки нет альтернативы хирургическим методам лечения. Лучевая и химиотерапия, лазерное воздействие являются лишь вспомогательными. Объем резекции зависит, главным образом, от локализации опухоли и распространенности процесса. При локальном процессе нами использовались стандартные методики.

При наличии отдаленных метастазов в последние годы мы придерживаемся активной хирургической тактики. Наиболее часто опухоль ободочной кишки метастазирует в печень. При изолированных метастазах может быть успешной краевая, клиновидная резекция печени или лобэктомия.

При обнаружении канцероматоза нами выполняются циторедуктивные операции с целью снижения опухолевой массы с последующим применением лучевой и полихимиотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следует отметить, что показатели 5-летней выживаемости четко коррелируют со стадиями заболевания. Так, наилучшие результаты получены у больных, перенесших радикальные операции при