

Ю.Н. Одаренко, С.Г. Кокорин, А.В. Нохрин, И.Н. Сизова, И.Ю. Журавлева, Л.С. Барбараш

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПОКСИОБРАБОТАННЫХ КСЕНОБИОПРОТЕЗОВ В ХИРУРГИИ ПОРОКОВ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА У ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОМАНОВ

ГУ «Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов СО РАМН» (г. Кемерово)

В связи с прогрессирующим ростом инъекционной опиатной наркомании у молодежи в последние годы, актуальность проблемы хирургического лечения осложнений данной патологии (инфекционный эндокардит (ИЭ) правых отделов сердца) не вызывает сомнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить непосредственные и отдаленные результаты протезирования трикуспидального клапана при ИЭ наркоманов эпоксиобработанными ксенобиопротезами, разработанными и внедренными в клинику Лаборатории новейших биотехнологий ГУ НППЛ РХСС СО РАМН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С июля 1996 г. по март 2007 г. 25 пациентам в возрасте от 16 до 38 лет имплантировано 28 ксенобиопротезов, обработанных эпоксисоединениями. Все пациенты находились в активной стадии ИЭ (возбудитель верифицирован у 40 % пациентов), что в свою очередь, закономерно отразилось на их клиническом статусе. Средний ФК составил 3,8 по NYHA. У 88 % пациентов до операции были такие осложнения ИЭ, как ТЭЛА с развитием инфаркт-пневмонии, септицемия, поражения почек по типу острого гломерулонефрита. Кроме того, 84 % пациентов страдали гепатитом В или С.

Операции выполнялись по стандартной методике с пережатием аорты и в условиях нормо- или поверхностной гипотермии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На госпитальном этапе отмечен один летальный исход (4 %): на 7-е сутки пациент умер от прогрессирующей полиорганной недостаточности. Протезообусловленных осложнений не было.

В отдаленном периоде (в сроки до 10,5 лет) под наблюдением находилось 20 пациентов (80 %). Антикоагулянтная терапия отменена у всех больных через шесть месяцев. Трое больных (12 %), возобновивших прием наркотиков, повторно оперированы в связи с протезным эндокардитом через 10, 28 и 40 месяцев после первой операции. Двое пациентов умерли от передозировки наркотических препаратов (через два и четыре года после операции). Две женщины (окончательно избавившиеся от наркотической зависимости) в дальнейшем родили здоровых детей.

По данным Эхо-КГ отмечается достоверное уменьшение размеров полостей сердца. Средний диастолический градиент давления на протезе составил $3,0 \pm 1,2$ мм рт. ст., эффективная гидравлическая площадь — $2,9 \pm 0,6$ см², средняя скорость транспротезного кровотока — $81 \pm 2,2$ см/сек.

ВЫВОДЫ

1. Применение эпоксиобработанных биопротезов в трикуспидальной позиции позволяет адекватно корректировать внутрисердечную гемодинамику, как в госпитальном, так и отдаленном послеоперационном периоде.
2. Отмена антикоагулянтной терапии у 100 % больных позволила избежать тератогенного действия варфарина у женщин детородного возраста и избежать неконтролируемых кровотечений.
3. Риск возникновения протезного эндокардита и необходимости повторной операции резко возрастает у пациентов, возобновивших прием наркотиков.

В.А. Омельченко, Е.Ю. Брегадзе, Г.В. Гончарук, А.А. Мазуренко

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

ГУЗ Амурская областная клиническая больница (г. Благовещенск)

Хирургическое лечение «сложных» повреждений внепеченочных желчных протоков (ПЖП) — один из наиболее сложных разделов абдоминальной хирургии.

До недавнего времени наиболее распространенной тактикой при ПЖП являлось использование каркасных, съемных, кольцевых транспеченочных дренажей. Данную методику мы использовали до 2004 г. Методика имеет определенные недостатки — необходимость ухода и смены дренажей, инкрустация солями желчных кислот, значительное снижение качества жизни пациентов, увеличение инвалидизации.

За последние 10 лет в отделении абдоминальной хирургии АОКБ оперировано 26 пациентов со «сложными» ПЖП, большинство из них ятрогенные — 17 (65 %); 9 (35 %) — колото-резаные ранения и их последствия. 14 больным проведены восстановительные операции с установкой традиционных смещенных транспеченочных дренажей.

С 2004 г. нами применяется методика билиарного эндопротезирования с использованием билиарных эндопротезов ООО «МИТ».

Техника операции восстановления желчных протоков не намного отличается от классических методик. В дальнейшем дистальный конец эндопротеза после наложения гепатико- или холедохо-, холедохо или -еюноанастомоза погружается в отводящую кишку, проксимальный выводится на кожу виде гепатикостомы. После достижения оптимального положения дренажа через 10 — 14 суток проксимальный конец дренажа погружается под кожу передней брюшной стенки после установления специального рентгеноконтрастного болта заглушки, что мешает его дислокации.

Результаты проведенных операций: при классическом дренировании — несостоятельность анастомозов (8), абсцесс брюшной полости (2), холангит (3), нагноение раны (3), перитонит (2), кишечные свищи (2), пневмония (3), ОКН (1), холангионозная фистула (1) — летальный исход. При эндобилиарном протезировании — отторжение заглушки (2), несостоятельность (1), холангит (1).

Первые результаты билиарного эндопротезирования при «сложных» повреждениях внепеченочных желчных протоков обнадеживают по ряду причин. Высокое качество жизни оперированных, возврат к активному труду в период реабилитации, отсутствие дислокации, инкрустации, необходимости ухода за дренажами внушают оптимизм при лечении этой сложной категории пациентов.

В.А. Омельченко, Е.В. Осипов, А.М. Агапов, В.Н. Перехода, Г.В. Арнаутов, И.Н. Фула

СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА

ГУЗ Амурская областная клиническая больница (г. Благовещенск)

В повседневной практике неотложной хирургии закрытая травма живота занимает значительное место. Отличительной особенностью закрытых повреждений является трудность диагностики и сочетание с повреждением других областей тела: череп, грудь, конечности, таз. Часто подобная травма сопровождается шоком или синдромом острой кровопотери. При запоздалой диагностике или позднем поступлении развивается перитонит.

В АОКБ с 1998 по 2006 гг. поступило 486 пациентов с травмами живота. Из них 152 имели сочетанный характер: с ЧМТ — 38, с повреждениями мягких тканей конечностей — 35, ребер — 32, гемотораксом — 26, пневмотораксом — 41, переломами конечностей — 19, переломом позвоночника — 3, переломами таза — 2, повреждениями промежности — 2, ранениями шеи и лица — 11.

Этиологически травмы распределились следующим образом: тупая травма — 33, автодорожная — 50, ножевые ранения — 53, огнестрельные — 7, падение с высоты — 9 случаев.

Мужчин было 127, женщин — 25. 96 % травм получено в алкогольном опьянении. С срок до 24 часов от момента получения травмы поступил 131 (86,1 %), после 24 часов — 21 человек (13,9 %). При поступлении пациента бригада встречает его в приемном покое, обеспечивает последующую транспортировку в операционную, где оказываются реанимационные мероприятия, и проводится лабораторное и аппаратное обследование, включая торако- и лапароскопию. С признаками шока и синдромом острой кровопотери доставлено 74 пострадавших.

Последовательность оказания помощи зависела от повреждения, имеющего ведущее значение: кровотечение, гемопневмоторакс, травматический шок и т.д. При необходимости оперативное лечение оказывалось двумя операционными бригадами (грудь — живот, голова — живот, живот — конечности). На операционном столе у пациентов обнаружено: повреждение желудка — 17, двенадцатиперстной кишки — 6, печени — 32, кишечника — 23, диафрагмы — 18, поджелудочной железы — 5, селезенки — 19, почек — 3, мочевого пузыря — 9, нижней полой вены — 3, желчного пузыря — 5, холедоха — 1, забрюшинная гематома — 16, брыжейки — 9.

Объем оперативной помощи преимущественно сводился к остановке кровотечения, ушиванию ран, удалению всего органа или его части, санации, дренированию брюшной полости и грудной клетки. В