

Е.П. Данилина, В.В. Юрченко, П.В. Базарин, Ю.С. Данилина

**АКТИВНЫЙ ДРЕНАЖ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ***ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава (г. Красноярск),
МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича (г. Красноярск)*

Желчеистечение в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии, вмешательств на паренхиме печени является серьезной проблемой, отягощающей послеоперационный период. Наиболее оптимальной тактикой в данной ситуации является проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с целью создания внутреннего дренирования. Однако дренирующего эффекта от папиллотомии порой бывает недостаточно, и в этих случаях в региональном гепатологическом центре Красноярска нашел применение метод назобилиарного дренирования с активной аспирацией желчи. Проведение назобилиарного дренирования осуществляется в первые — третьи сутки после пропитывания желчью повязок или поступления желчи по дренажам. Эффект от установки назобилиарного дренажа проявлялся уже на первые — вторые сутки — отмечалось уменьшение пропитывания повязок желчью, количества отделяемой желчи по дренажам из брюшной полости. Необходимо отметить, что эффективность данного метода лечения зависит от стабильности положения эндопротеза и его диаметра, отсутствия перегибов в нем, консистенции желчи. Для длительной фиксации назобилиарного дренажа в желчных протоках применяется изменение кривизны печеночного конца назобилиарного дренажа (патент на полезную модель № 32399 от 20.09.03) или (и) лепестковых фиксаторов, располагающихся на одном уровне друг с другом. Немаловажное значение имеет отсутствие боковых перфораций в печеночном конце назобилиарного дренажа в области лепестковых фиксаторов, так как через данные перфорации происходит попадание кишечного содержимого в просвет дренажа. Данные вмешательства проведены в 38 случаях, из которых у 5 пациентов желчеистечение было вызвано негерметичным ушиванием травмы печени, в 4 наблюдениях имело место краевое повреждение общего желчного протока, в 2 наблюдениях имело место желчеистечение из ложа желчного пузыря, в 27 — соскочившая с культи пузырного протока клипса или лигатура. Эффект был достигнут во всех наблюдениях: наружное желчеистечение полностью прекратилось в 24 наблюдениях на 3-и сутки, в 7 — на пятые и в 7 — на восьмые. Один пациент умер во время функционирования назобилиарного дренажа по причине, не связанной с эндоскопическим вмешательством. В трех наблюдениях потребовалась многократная замена назобилиарного дренажа в связи с его перегибом в кишечнике. В одном наблюдении потребовалась однократная замена дренажа ввиду выпадения его печеночного конца в ДПК. О таковом свидетельствовало уменьшение количества поступающей по дренажу желчи и изменению ее цвета. Назобилиарный дренаж убирался на следующие сутки после полного прекращения наружного желчеистечения.

Следует отметить, что установленный назобилиарный дренаж может быть так же использован для проведения ретроградной холецистопанкреатографии (РХПГ) с целью диагностики источника желчеистечения. Проводить данное исследование целесообразно в первые сутки после установления назобилиарного дренажа. Это вызвано бужирующим эффектом от введения рентгеноконтрастного препарата. При наступившем эффекте, проведение РХПГ по дренажу оправдано только при веском подозрении на выпадение проксимального конца назобилиарного дренажа в ДПК.

Л.С. Денисенко, С.Е. Гаврина, Е.С. Рогаткина, О.К. Шкуратова**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА***ГУЗ Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)*

На НЯК приходится 250 000 амбулаторных посещений ежегодно и 20000 случаев госпитализаций в год.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов эффективности различных методов хирургического лечения у больных с осложненным течением НЯК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В региональном центре колопроктологии с 1996 по 2006 гг. находились под наблюдением 14 больных (женщин — 6, мужчин — 8, возраст от 20 до 63 лет) с осложненным течением НЯК. Длительность

заболевания НЯК варьировала от 1 месяца до 20 лет. У 2 (14,3 %) человек наблюдалось острое течение заболевания, хроническое непрерывное течение у 1 больного (7,1 %) и хроническое рецидивирующее течение у 11 больных (78,6 %). У всех пациентов отмечена тяжелая форма НЯК, в 14,3 % наблюдений — тотальное поражение толстой кишки, в 57,1 % — субтотальное и в 28,6 % — левостороннее. У 21,4 % пациентов были зарегистрированы внекишечные проявления заболевания, в 7,1 % случае НЯК осложнился развитием рака прямой кишки, у 7,1 % больных была выявлена токсическая дилатация толстой кишки, у 14,2 % — перфорация толстой кишки. При поступлении в стационар больным проводилось комплексное интенсивное лечение, включавшее глюкокортикоиды. Критериями эффективности были клинические, лабораторные и инструментальные показатели. Отсутствие улучшения в состоянии больных в течение 10 — 14 дней расценивали как неэффективность консервативного лечения и, одновременно, показанием к хирургическому лечению. В клинике 14 больным выполнено 15 оперативных вмешательств, из них экстренных — 13,3 %, плановых — 86,7 %. Один (7,1 %) пациент оперирован в два этапа. 9 (60 %) больным выполнена субтотальная колэктомия с формированием илеостомы и сигмостомы. Одной больной (6,7 %) произведена колпроктэктомия с наложением постоянной илеостомы на переднюю брюшную стенку живота, двум больным (13,3 %) наложена двустольная илеостома с дренированием брюшной полости и двум пациентам (13,3 %) сделана левосторонняя гемиколэктомия, в одном из случаев левосторонняя гемиколэктомия сочеталась с передней резекцией, в последующем одному больному (6,7 %) была осуществлена правосторонняя гемиколэктомия в связи с прогрессированием заболевания. Общий средний койко-день — 28,7; средний койко-день до операции — 10,5; средний койко-день после операции — 18,3. Летальность составила 13,3 %. Умерло двое больных, оперированных в экстренном порядке по поводу развившихся осложнений НЯК (перфорации толстой кишки и токсической дилатации), погибли от продолжающегося разлитого фибринозно-гнойного перитонита. В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 5 больных (33,3 %), которые представлены в нижеприведенной таблице.

ВЫВОДЫ

Консервативный метод является основным при лечении впервые выявленного язвенного колита. Однако в дальнейшем, особенно при распространении воспаления по всей толстой кишке, многим больным приходится выполнять хирургические вмешательства. В настоящее время применяются операции с сохранением функции анального сфинктера.

С.В. Дикий, Ю.М. Шендриков, П.Г. Дынин.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ АРТЕРИАЛЬНЫМИ ЭМБОЛИЯМИ

ГОУ ВПО ВГМУ Росздрава (г. Владивосток)

Клиническая практика последних десятилетий свидетельствует о продолжающемся нарастании количества тромбозов и эмболий магистральных сосудов, их тяжелых осложнений. Из-за несвоевременной диагностики или поздней доставки больных в стационар специализированная ангиохирургическая помощь этим больным оказывается несвоевременной. Убедительным доказательством этого является высокая смертность больных — по данным литературы от 20 до 35 % и высокая частота ампутаций конечностей по поводу гангрены, достигающая почти 20 % (Савельев В.С. и соавт., 1986). Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении сосудистых заболеваний, в том числе и острых нарушений артериального кровообращения, выработана только общая тактика лечения, врачу приходится поступать в каждом конкретном случае индивидуально, в том числе, в зависимости от общего состояния больного, его возраста, сопутствующих заболеваний и местных изменений.

В условиях отделения сосудистой хирургии ВМКГ ТОФ за 1986 — 2006 гг. наблюдалось 96 пациентов с острой артериальной непроходимостью: 52 случая острой артериальной эмболии и 44 — острого артериального тромбоза. Из всей группы больных облитерирующими заболеваниями артерий конечностей (2108 случаев) эти пациенты составили 4,6 %. Характерным является увеличение частоты указанных заболеваний: если в 1986 — 1996 гг. лечилось 40 пациентов с острой артериальной непроходимостью (3,9 % от всех облитерирующих заболеваний), то за 1996 — 2006 гг. их число увеличилось до 56 (5,1 %). Среди больных преобладали мужчины: 87 или 90,6 %. Средний возраст — 67,3 года (от 52 до 83 лет). Из 52 случаев острой артериальной эмболии у 43 пациентов (82,7 %) отмечена эмболия нижних конечностей и только у 9 (17,3 %) — верхних. По локализации наиболее часто встречались эмболии: бедренной артерии — 30 случаев (57,7 %), подколенной — 6 (11,5 %), подвздошной — 5 (9,6 %), плечевой — 5 (9,6 %), подмышечной — 3 (5,8 %), аорты — 2 (3,8 %) и подключичной — 1 (1,9 %). Приведенные цифры несколько отличались от данных литературы (Князев М.Д., Белорусов О.С., 1977; Савельев В.С., Затевахин И.И.,