Вмешательство выполнялось в положении больного на боку, противоположном зоне патологии, на валике, с использованием при правосторонней адреналэктомии четырех троакарных доступов, при левосторонней – трех. Во всех случаях проводилось дренирование брюшной полости перфорированными трубками. Применялся стандартный набор лапароскопического оборудования и инструментов.

Симультанно выполнена видеолапароскопическая холецистэктомия по поводу неосложненной и осложненной форм хронического калькулезного холецистита в пяти наблюдениях. У одной больной видеолапароскопическая правосторонняя адреналэктомия проводилась после перенесенной ранее видеолапароскопической холецистэктомии.

Интра- и постоперационных осложнений, потребовавших изменения хода операции и тактики ведения послеоперационного периода, не отмечено. Гемостаз во всех случаях адекватно осуществлялся путем использования монополярной коагуляции и клипирования.

Опыт видеолапароскопической адреналэктомии в клинике доказывает возможность применения данного вмешательства с использованием стандартного набора лапароскопического оборудования и инструментов. Результаты лечения больных свидетельствуют о перспективности этих операций на надпочечниках и их преимуществе перед выполняемыми традиционными методами.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ

Р.Н. Трушкин, М.П. Толстых, Н.О. Колесников
Московская городская клиническая больница № 52

Наиболее радикальным лечением хронической почечной недостаточности (ХПН) в настоящее время является трансплантация почки, которая позволяет достигнуть наибольшей социальной и медицинской реабилитации больных. Однако осложнения, возникающие после операции, способны свести результаты операции к нулю. Наряду с кризами отторжения, большой удельный вес составляют осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта, наиболее опасными из которых являются гастродуоденальные кровотечения. Это объясняется тем, что после операции требуется прием глюкокортикоидов и иммунодепрессантов, что, в свою очередь, ведет к снижению защитных свойств слизистой желудочно-кишечного тракта и, в конечном итоге, – к нарушению ее целостности. На этом фоне возникают язвы, которые осложняются кровотечениями, что несет угрозу жизни и часто является причиной смерти этой категории больных.

Мы изучили частоту желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) и эффективность различных подходов к их лечению по материалам наблюдений больных, лечившихся в нашей клинике с 1998 по 2004 г.

За указанный период лечение получили 916 больных, из которых у 37 пациентов (23 мужчин и 14 женщин) были ЖКК. Это составило около 4,2% общего числа пролеченных больных, что соответствует данным литературы. Возраст пациентов был от 21 до 70 лет (средний возраст составил 42,2 года).

У всех больных имелась терминальная ХПН разной степени выраженности (креатинин крови от 0,17 до 0,460 ммоль/л, мочевина от 15,0 до 36,0 ммоль/л), но только несколько человек имели далеко зашедшую уремию (креатинин до 1,7 ммоль/л,

мочевина до 46 ммоль/л). У всех этих больных была сердечная недостаточность, у 29 – пневмония, у 9 – септическое состояние. До пересадки почки у 10 пациентов определялась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки или желудка. Многие больные к моменту развития ЖКК получали лечение гемодиализом. Профузные кровотечения были причиной госпитализации в нефрореанимационное отделение. Кровотечения характеризовались снижением АД до 100/60 – 80/40 мм рт. ст. и Hb – до 46-20 г/л. На фоне ЖКК у всех пациентов отмечалось резкое снижение общего белка до 40 г/л и ниже, альбумина – до 17-19 г/л. Эти данные свидетельствуют о тяжести ЖКК у больных с уреимией.

Для остановки кровотечения проводили эндоскопический гемостаз, переливание свежезамороженной плазмы, применяли H₂-блокаторы. Всем больным продолжалось лечение гемодиализом с минимальной гепаринизацией либо без нее.

Консервативная терапия была эффективна у большинства пациентов, 10 больным в связи с неэффективностью медикаментозного лечения и эндоскопического гемостаза выполнены оперативные вмешательства. Койко-день составил от 5 до 32 дней.

Анализ полученных данных позволяет считать что желудочно-кишечные кровотечения являются грозным, но не фатальным осложнением у больных с ХПН, получающих гемодиализ. Предпочтительным методом лечения у этой категории больных является консервативная терапия или эндоскопический гемостаз, с продолжением гемодиализа без гепарина или с его минимальной дозой.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА И ВНУТРИБРЮШНЫХ АБСЦЕССОВ

*А.П. Фаллер, В.А. Горский, Б.К. Шуркалин, А.В. Воленко
РГМУ, Московская городская клиническая больница № 55*

В раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных на органах брюшной полости, внутрибрюшные осложнения возникают в 0,3-8,6% случаев [12]. Летальность при этом составляет от 21,4 до 55,8% [2, 5, 9], достигая, по данным некоторых авторов, 75% [11, 13]. Частота релапаротомий при внутрибрюшных осложнениях составляет 0,29-8,6%. При сравнении данных, опубликованных В.С. Савельевым и В.А. Гологорским в 1987 г. [7], и материалов Международного хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии» (Ростов-на-Дону, 2005) становится очевидным отсутствие тенденции к снижению как частоты релапаротомий, так и уровня послеоперационной летальности. Следует отметить, что улучшение результатов лечения внутрибрюшных инфекционных осложнений, развившихся в послеоперационном периоде, возможно только при условии их ранней и адекватной хирургической коррекции.

Целью нашей работы явилось изучение в послеоперационном периоде роли инструментального контроля состояния брюшной полости, определение методов объективной оценки тяжести состояния больного и возможности создания на основе указанных методик лечебно-диагностического подхода, позволяющего сократить сроки диагностики послеоперационного перитонита и внутрибрюшных абсцессов.

Оценены результаты лечения 6885 больных, оперированных в 2000–2005 гг. по поводу различной острой хирургической патологии брюшной полости (табл. 1). Всего было выполнено 7209 операций.