

брюшную полость. Брюшину аккуратно отслаивают от краев грыжевых ворот по всему периметру не менее чем на 5-6 см. Таким образом создают предбрюшинное пространство для размещения в нем жесткого полипропиленового эндопротеза Hertta 0, который не фиксируется швами к тканям. Для предотвращения спаечного процесса в брюшной полости необходимо избежать прямого контакта сетки с висцеральной брюшиной (5). Поэтому если по тем или иным причинам грыжевой мешок вскрыли или иссекли, его необходимо затем обязательно ушить. Во всех случаях, за исключением пупочных грыж, к области имплантации через отдельный прокол подводят дренажную трубку, подсоединенную к системе закрытой активной аспирации. Апоневроз ушивают над эндопротезом непрерывным нерассасывающимся швом край в край. Завершают операцию ушиванием подкожной клетчатки и кожи.

В подавляющем большинстве наблюдений послеоперационный период протекал без осложнений. Мы ни разу не отмечали нагноения послеоперационной раны или отторжения эндопротеза, как и ограничения физиологической подвижности брюшной стенки и ощущения инородного тела после имплантации. Такие характерные для аллопластики осложнения, как серома и гематома послеоперационной раны, наблюдались соответственно у 4 и 2 больных. За 1,5 года наблюдений каких-либо жалоб со стороны пациентов и рецидивов нами отмечено не было.

Преимущества бесшовной герниопластики по Трабукко

1. Отсутствие натяжения и необходимости фиксировать эндопротез, а также сохранение грыжевого мешка снижают травматич-

ность операции и уменьшают выраженность болевого синдрома.

2. Сокращение сроков госпитализации и реабилитации пациентов. Возможность выполнения вмешательства амбулаторно или в стационарах одного дня.

3. Низкая частота осложнений за счет малой травматичности операции и свойств жестких эндопротезов.

4. Отсутствие швов и использование анатомически скорректированных заготовок и наборов имплантатов сокращают продолжительность операции.

5. Безопасность, обучаемость и воспроизводимость.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. - М.: Медпрактика, 2002. - 148 с.
2. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. - М.: Триада-Х, 2003. - 144 с.
3. Abrahamson J. Factors and mechanism leading to recurrence // *Probl. Gen. Surg.* - 1998. - № 12. - P.59-67.
4. Amid P. Long term result and current status of the Lichtenstein open tension-free hernioplasty // *Hernia.* - 1999. - Vol. 2. - P.89-94.
5. Bendavid R., Abrahamson J., Arregui M., Flament J., Phillips E. Abdominal wall hernies principles and management. - New York: Springer, 2001. - 792p.
6. Trabucco E., Campanelli G. Nuove protesi erniarie in polypropylene // *Min. Chir.* - 1998. - Vol. 53. - P.337-341.
7. Trabucco E., Trabucco A. Flat plugs and mesh hernioplasty in the inguinal box: description of the surgical technique // *Hernia.* - 1998. - Vol. 2. - P.133-138.

Место лапароскопической адреналэктомии в лечении заболеваний надпочечников

Л.Е. Славин, Р.Ф. Ахтямов.

Отделенческая больница на ст. Казань. Казанская государственная медицинская академия.

Становление и активное внедрение эндовидеохирургической техники и лапароскопических операций берет свое начало с 90-х годов XX века. Развитие этого этапа хирургии радикально изменило понятие хирургического доступа при лечении многих заболеваний органов брюшной и грудной полостей, малого таза и забрюшинного пространства, в частности, заболеваний надпочечников.

Внедрение эндовидеохирургической технологии устранило один из наиболее существенных недостатков традиционной полостной хирургии — несоответствие между продолжительным травматичным созданием доступа и менее травматичным и продолжительным основным этапом операции. В ходе исследований многими авторами было выявлено, что эндоскопическая хирургия в сравнении с открытой обладает рядом преимуществ и они могут быть сформулированы следующим образом:

1. Уменьшение травматичности операции (объем рассекаемых тканей намного меньше, кровопотеря минимальна, послеоперационный болевой синдром практически отсутствует);

2. Снижение частоты и тяжести осложнений (отсутствуют такие осложнения, как экзентризация или образование больших вентральных грыж. Значительно реже возникают послеоперационный парез кишечника, спаечная болезнь, легочные осложнения. Снижается вероятность инфицирования операционного пространства и образования спаек за счет отсутствия охлаждения и высушивания серозной поверхности внутренних органов;

3. Сокращение сроков пребывания в стационаре: быстрое восстановление способствует уменьшению продолжительности госпитального периода в 2-5 раз, а некоторые оперативные вмешательства могут быть выполнены амбулаторно, при условии соответствующей организации поликлинической службы;

4. Укорочение сроков утраты трудоспособности и возвращения к обычному образу жизни в 3-4 раза;

5. Снижение стоимости лечения (за счет уменьшения госпитального периода, расхода медикаментов и быстрой реабилитации пациента лечение становится дешевле на 20-25%);

6. Выраженный косметический эффект (отсутствуют грубые послеоперационные рубцы);

7. Снижение потребности в лекарственных препаратах уменьшает их побочное и токсическое воздействие на организм пациента.

В связи с использованием при адреналэктомии эндовидеохирургической техники проблема выбора оптимального оперативного вмешательства на надпочечниках, на сегодняшний день,

становится особенно актуальной. Следует отметить, что до настоящего времени остается открытой проблема выбора оптимального эндоскопического доступа к надпочечникам, т.к. особенности топографии надпочечников, такие как глубокое расположение надпочечной железы, наличие анатомических препятствий, опасность повреждения близлежащих органов и крупных сосудов определяют трудности поиска и удаления данных желез. Это является одной из причин осложнений, возникающих в ходе операции. Дополнительные затруднения во время оперативного вмешательства создает и выраженное ожирение, часто наблюдаемое при гиперфункции коркового слоя надпочечника, поскольку не всегда просто обнаружить надпочечник или его опухоль небольших размеров в обильной жировой клетчатке забрюшинного пространства.

Нередко при развитии опухолевых процессов нарушается скелетотопия и синтопия надпочечников, возможно образование спаек с окружающими тканями и диафрагмой. Оперативные вмешательства на надпочечниках часто сопровождаются нарушениями гемодинамики, в виде колебаний артериального давления. Поэтому немаловажное значение в успешном лечении хирургических заболеваний надпочечников, в частности феохромоцитомы, имеет выбор оперативного доступа, который должен обеспечить быстрый и наименее травматичный первый этап операции — обнажение и лигирование центральной вены надпочечника.

Таким образом, данные исследования топографии и морфологии надпочечных желез определяют особенности выбора оптимального оперативного доступа, которые в свою очередь нередко определяют исход оперативного лечения. В связи с этим одной из основных задач в хирургии надпочечников продолжает оставаться детальное изучение и оптимизация хирургического доступа при лечении новообразований надпочечников.

Таким образом, рациональный оперативный доступ должен удовлетворять следующим требованиям:

1) Малая травматичность;

2) Создание оптимальных условий для обзора области надпочечника;

3) Возможность проведения широкой ревизии при злокачественных опухолях с целью выявления метастазов и удаления лимфатических коллекторов.

К настоящему времени отечественными и зарубежными авторами описано несколько видов доступов к надпочечникам используя эндовидеохирургическую технику. К ним относятся:

трансабдоминальный, ретроперитонеальный и трансторакальный. На данный момент наиболее распространенной является трансабдоминальная лапароскопическая адреналэктомия, в которой сочетаются преимущества открытых операций и низкая травматичность. В литературе имеются данные о двух вариантах данного оперативного вмешательства: боковой и передней, которые впервые были описаны в 1992 году разными авторами. E. Higashihara с соавторами описали передний доступ к надпочечникам, а H. Gagner и соавторы — боковой.

Следует отметить, что до сих пор нет единого мнения о том, какой из этих доступов является наиболее оптимальным. Поэтому одни авторы предпочитают переднюю трансабдоминальную адреналэктомию, а другие отдают предпочтение боковой трансабдоминальной адреналэктомии. Очевидно, что для каждого из этих доступов имеются определенные показания. В частности, сторонники прямого доступа считают его применение особенно оправданным при необходимости выполнения симультанных операций на органах брюшной полости или при выполнении адреналэктомии с обеих сторон. В то же время, по мнению ряда авторов боковой трансперитонеальный доступ является более простым и менее травматичным.

В целом, следует подчеркнуть, что с развитием и внедрением в клиническую хирургию современных технологий, лапароскопическая адреналэктомия является операцией выбора для большинства хирургических заболеваний надпочечников, и, по мнению многих авторов, представляет собой новый «Золотой стандарт» в тактике хирургического лечения.

К основным преимуществам лапароскопической адреналэктомии относятся незначительное количество осложнений, как во время операции, так и после нее, незначительный болевой синдром, малая травматичность, сокращение срока пребывания пациента в стационаре, быстрое восстановление трудоспособности, хороший косметический эффект.

Наряду с преимуществами имеются и определенные недостатки лапароскопической адреналэктомии, к которым относятся — длительность операции, высокая стоимость ее оснащения и не-

гативное влияние пневмоперитонеума в виде развития гиперкапнии (при повышении давления в брюшной полости, создаваемом введением углекислого газа), вследствие чего повышается артериальное давление, возрастают частота сердечных сокращений и потребность миокарда в кислороде. Данные проявления особенно важно учитывать у пациентов с феохромоцитомой и другими гормонально-активными опухолями, при которых происходит, особенно на этапе выделения надпочечника, массивный выброс гормонов в кровоток.

Вместе с тем необходимо отметить, что по мере освоения данной методики длительность оперативного вмешательства снижается, а с экономической точки зрения она считается оправданной, поскольку происходит снижение показателей применения анальгетиков, сроков пребывания в стационаре и достаточно быстрое восстановление трудоспособности пациента. С целью профилактики гиперкапнии и нивелирования присущих ей побочных явлений, описанных выше, целесообразно применение бокового трансперитонеального доступа, при котором используется минимальное давление в брюшной полости, т.к. данный доступ позволяет лучше визуализировать как правый, так и левый надпочечник.

Не освещая всей полноты вопроса о методах хирургического лечения новообразований надпочечников, мы останавливались лишь на некоторых основных современных положениях. Приведенные данные свидетельствуют о несомненных перспективах использования эндовидеохирургической техники для хирургического лечения новообразований надпочечников и требуют дальнейшего всестороннего изучения методов лапароскопической адреналэктомии для более широкого применения в клинической практике. Остается нерешенной проблема выбора оптимального доступа при лапароскопической адреналэктомии, позволяющей сократить время оперативного вмешательства и связанные с ним возможные побочные эффекты, а также негативное влияние напущенного пневмоперитонеума на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, и как следствие риск развития серьезных осложнений.

Влияние полиморфизма ацетилирования на течение хирургической инфекции и ее фармакологическая коррекция

В.И. Погорельцев¹, В.Ю. Терещенко², С.Ю. Гармонов³, Т.А. Киселева⁴, Н.С. Шитова³, М.И. Евгеньев³.

¹Кафедра факультетской терапии Казанского медицинского университета.

²Кафедра общей хирургии Казанского медицинского университета.

³Кафедра аналитической химии Казанского технологического университета.

⁴Кафедра госпитальной терапии Казанского медицинского университета.

В настоящее время полиморфизм по ацетилированию охарактеризован практически во всех регионах земного шара (табл. 1). Особый интерес представляют случаи обнаружения связи ацетиляторного полиморфизма с различными заболеваниями, когда при той или иной патологии наблюдается преобладание того или иного фенотипа (4). Такого рода ассоциации могут быть отражением трех типов причинно-следственных отношений: 1) определенный генетически детерминированный ацетиляторный фенотип является прямой или косвенной причиной заболевания; 2) патогенетические механизмы прямо или косвенно обуславливают определенный сдвиг ацетиляторного фенотипа с изменением или без изменения собственно активности N-ацетилтрансферазы (NAT); 3) могут существовать факторы (фактор), независимым образом обуславливающие определенные изменения ацетиляторного статуса и состояния здоровья, так что эти признаки коварируют.

Если полиморфизм ферментов биотрансформации ЛС оказывает влияние на характер ответной реакции, то существует и обратная зависимость — когда используемый препарат способен модифицировать активность ферментов детоксикации. Так, применение ингибиторов цитохрома P450 циметидина, ранитидина достоверно угнетало активность NAT в печени, но низитидин не оказывал такого эффекта, фамотидин в низких дозах несколько

снижал, а в высоких — повышал активность NAT (9). Циметидин, ранитидин и фамотидин угнетали активность NAT2 на 9,48 и 75% соответственно, а при соотношении препарата с субстратом — прокаиномидом 2:1 отмечали незначительное угнетение активности NAT1; добавление ацетил-КоА не усиливало ингибирующие эффекты этих лекарственных средств (10).

В этом плане у больных гнойно-септического профиля представляет интерес применение ксимедона — нового отечественного лекарственного препарата пиримидинового ряда (1), использование которого при пероральном дозировании вызывает сокращение сроков заживления ожогов, способствует лучшему приживлению костных аутоотрансплантатов, при этом выявлено его эффективное моделирующее действие на иммунную систему и индуцирующий эффект на систему ацетилирования (6).

Целью настоящей работы является фенотипирование активности N-ацетилтрансферазы путем оценки фармакокинетических параметров экскреции изониазида с мочой у больных с хирургической инфекцией на фоне приема ксимедона.

Материал и методы

Для изучения фенотипа ацетилирования у больных гнойно-септического профиля были отобраны 62 пациента, проходящих лечение в отделении гнойной хирургии и Центра гнойно-септической хирургии городской клинической больницы № 5 г. Казани (рис. 1).