

до- и послеоперационном периоде. Получены отличные (40 %), хорошие (33 %) и удовлетворительные (27 %) результаты.

Отдаленные результаты лечения прослежены за период от 6 месяцев до 7 лет после операции. Оценка функциональных результатов проводилась по балльной системе, предложенной S.A. Maheed в 1989 году. Через 12 месяцев после операции отличные результаты отмечены у 17 пациентов (56,7 %), хорошие — у 9 (30,0 %), удовлетворительные — у 4 пациентов (13,3 %).

В комплексе оценки функциональных результатов нами использовался метод многокритериального биомеханического исследования во время фиксации, сразу и через 6 месяцев после демонтажа АВФ. У 12 пациентов (40 %) в течение 6 месяцев после окончания лечения биомеханика ходьбы восстановлена, коэффициент ритмичности не менее 0,96. У 8 пациентов (26,7 %) через 6 месяцев после демонтажа аппарата сохраняется скрытая хромота (коэффициент ритмичности ходьбы 0,90 — 0,93).

Некоторое несоответствие функциональных результатов анатомическим можно объяснить тем, что при восстановлении стабильности тазового кольца, несмотря на неполное восстановление анатомии (остаточное вертикальное, ротационное смещение половины таза до 10 мм), наступает восстановление статодинамической функции тазового пояса.

ВЫВОДЫ

1. Основной задачей при лечении больных с несвежей и застарелой травмой таза является восстановление стабильности тазового кольца.

2. Управляемый чрескостный остеосинтез в качестве основного и единственного этапа оперативного лечения больных с несвежими и застарелыми ротационно и вертикально нестабильными повреждениями тазового кольца является малотравматичным и эффективным методом.

Р.Р. Гумеров, А.Б. Мальцев, Е.А. Чиждова, Е.Э. Тюрюмина, Е.Ю. Седова

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Минимизация травматичности хирургического лечения различной патологии вызывает все больший интерес. Этот интерес относится и к проблеме лечения очаговых образований печени. Однако сторонники пункционно-дренажного лечения этой группы заболеваний имеют оппонентов, не разделяющих их оптимизма. Есть основания полагать, что для более убедительной оценки пункционно-дренажного метода лечения требуется накопление опыта его применения, совершенствование технологии минимизированных хирургических вмешательств.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследования проведены в процессе лечения 146 больных, находившихся в ИОКБ с 2000 по 2006 гг. с очаговыми образованиями печени, к которым относили: непаразитарные солитарные и множественные кисты, гемангиомы, солитарные метастазы рака, посттравматические гематомы и гемобилемы, абсцессы.

Диагностика очаговых патологических процессов проводилась с помощью УЗС и КТ. Для этого использовали ультразвуковой сканирующий комплекс Aloka PHD 4000 (Япония) и компьютерные томографы «Somatom DRH», «Somatom Sensation 16» Siemens (Германия).

У 48 больных с абсцессами печени было выполнено 76 чрескожных вмешательств под контролем УСГ и/или КТ. Для определения лечебной тактики мы разделили абсцессы и посттравматические внутривисцеральные образования по размерам на малые (до 2 см в диаметре и объемом до 10 мл), средние (от 2 до 4 см и объемом до 80 мл), большие (от 4 до 8 см при объеме до 600 мл) и, наконец, гигантские (свыше 8 см в диаметре и объемом более 600 мл). Пункционный метод лечения использовали в основном при средних и больших размерах гноевиков. Пункции при малых абсцессах проводили лишь при их множественной локализации, так как малые одиночные абсцессы, как правило, успешно излечивали антибактериальной терапией. Показанием к повторной пункции считали сохранение прежних размеров гноевика при динамическом контроле через 2 — 3 дня после первой пункции и сохраняющихся клинических проявлениях заболевания. При больших и гигантских абсцессах применяли пункционно-дренажный метод лечения. При этом использовали методику «стиллет-катетер», что позволяло обеспечить соответствие диаметра используемого дренажа пункционному каналу, что важно для профилактики подтекания содержимого гноевика в брюшную полость. При глубоком расположении гноевика в печени или его тесном контакте с жизненно важными анатомическими структурами (крупные сосуды) применяли дренажи типа «свиной хвост» (2 мм). В арсенале методов дренирования больших и гигантских

ких абсцессов следует упомянуть также корзинчатые дренажи (3 и 5 мм), использование одновременно 2 – 3 дренажей для создания ирригационно-эвакуационной системы. Контракция полости зависела от наличия или отсутствия капсулы абсцесса: при несформированных его стенках период редукции полости составил $12,3 \pm 3,7$ суток, при сформированных – $17 \pm 4,1$ суток. Средняя продолжительность дренирования абсцессов печени составила $15,1 \pm 5,4$ суток. Эффективность миниинвазивного лечения абсцессов печени составила 100 %.

Среди 78 больных с травматическими внутрипеченочными повреждениями гематомы составили 19 наблюдений (24,4 %), гемобилемы – 24 (30,8 %), билемы – 15 (19,2 %), абсцессы – 20 (25,6 %). Минимизированные хирургические вмешательства (пункция, дренирование, пункция + дренирование) проведены у 62 (79 %) больных. У 8 больных с билемами печени малых размеров применялось консервативное лечение под визуальным динамическим контролем. Пациенты со средними и большими посттравматическими образованиями, в лечении которых не использовались малоинвазивные операции, составили группу сравнения (8 больных). Осложнений и летальных исходов от малоинвазивного лечения не было. Оперировано 2 (2,6 %) пациента. Показанием к операции в одном случае явилось наличие тканевого секвестра, в другом – кровотечение. Эффективность миниинвазивного лечения посттравматических образований печени составила 96 %.

У 4 пациентов с солитарными метастазами колоректального рака проводились сеансы алкоголизации под контролем УЗС. Все больные ранее перенесли операции по поводу первичной злокачественной опухоли. У 2 была произведена операция Гартмана, у 2 – левосторонняя гемиколэктомия. При гистологическом исследовании метастазов был подтвержден диагноз аденокарциномы. Размеры метастатических новообразований варьировали от 2 до 3,5 см в диаметре. Алкоголизацию проводили под контролем УЗС иглой «Chiba» ш 1,0 мм 96% этанолом. Необходимый объем этанола рассчитывали по формуле $V = 4/3\pi R^3/5$, где V – объем необходимого этанола, π 3,14, R – радиус образования. Введение спирта начинали в дистальной (относительно траектории иглы) части опухоли, по мере извлечения иглы равномерно вводили оставшийся раствор. Распределение препарата при манипуляции оценивали перманентно в режиме реального времени под контролем УЗС. Проанализированы результаты лечения 3 пациентов, о которых имелись сведения к моменту написания тезисов. В течение 12 месяцев все пациенты живы.

При непаразитарных кистах печени и гемангиомах размерами до 5 см резекция органа или энуклеация образования имеет более высокий риск осложнений, нежели наличие доброкачественной опухоли печени. Поэтому применение миниинвазивных методик под контролем УЗС наиболее оправдано. Нами пункционная алкоголизация непаразитарных кист печени применена у 16 пациентов, из них у 7 при поликистозе, у 9 при солитарном поражении. При солитарных кистах выполнялись пункционные алкоголизации 96% этанолом в количестве 10 % от объема кисты. Кол-во сеансов составило 3 (2 – 4) и определялось динамикой уменьшения полости кисты при контрольных УЗС. При множественных кистах печени во всех наблюдениях выполнялось комбинированное пункционно-дренажное лечение, причем в 5 наблюдениях произведено дренирование кист таким образом, что траектория дренажного канала прошла через 2 и более кист. Ежедневно проводились сеансы склерозирования с экспозицией 96% этанола в количестве 10 % от объема кисты в течение 2 часов. Показанием к удалению дренажа служило отсутствие отделяемого. Эффективность миниинвазивного лечения кист печени составила 91 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пункционно-дренажный метод лечения абсцессов, гематом и гемобилем печени в подавляющем большинстве случаев является исчерпывающим методом их санации. Применение пункционно-дренажного метода в лечении гемангиом, непаразитарных кист, солитарных метастазов печени займет свое место с накоплением опыта и учетом всех особенностей течения патологического процесса.

М.В. Демаков, А.В. Карпович

РАСШИРЕННАЯ ЛИМФОДИСЕКЦИЯ ПРИ ОРГАНОБЕРЕГАЮЩЕЙ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ (Северск)

Стандартным объемом лимфодиссекции (D_2) при выполнении субтотальной дистальной резекции (СДР) при раке считается удаление 1,3 – 9, 11р и 12 групп лимфоузлов. Левые паракардиальные (2-я группа) лимфоузлы при данном объеме лимфодиссекции остаются интактными в связи с тем, что по классификации Японской ассоциации рака желудка (JGCA) эта группа относится к лимфатическим коллекторам третьего порядка (N_3) при локализации опухоли в средней или нижней трети желудка, однако в