

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы данные хирургического лечения 13 больных, оперированных методом минилюмботомии и конусовидного иссечения карбункула почки за период 2008–2011 гг. Из них — 9 женщин, 4 мужчин в возрасте от 23 до 66 лет (в среднем 43,1 года). Заболевание локализовалось справа у 8 пациентов, слева — у 4-х, и двухсторонняя локализация отмечена у одной больной. У трех больных был впервые выявлен сахарный диабет.

Мини-разрез производился у концевой части 11 ребра по направлению хода волокон наружной косой мышцы живота. Разрез длиной 5–6 см создавал раневую апертуру диаметром 8–9 см. Послойное раздвижение трех групп мышц и введение поочередно, начиная с коротких, с последующей сменой на более длинные, 4–5 управляемых лопаток обеспечивает формирование достаточной раневой апертуры в центре которой располагается почка. Карбункул почки иссекался скальпелем циркулярными движениями, ориентируясь цветом иссекаемой ткани и степенью кровотечения. В результате на поверхности почки образуется кратерообразное конусовидное углубление, полностью повторяющее строение бывшего карбункула. При этом почке не наносится дополнительная травма, поскольку удаляется лишь мертвая ткань.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции составила 88,8 минут. Конверсия на люмботомию и нефрэктомия произведена в одном случае. Нормализация температуры тела в среднем на 2–3 сутки. Активация больных после операции на 2–3 сутки. Наркотические анальгетики применялись 1–2 дня после операции и далее отменялись в связи с минимальным болевым синдромом. Снятие швов с операционной раны производилось на 7–11 сутки после операции. Интра- и послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

Прооперированные данной методикой пациенты обследованы в срок до 3-х лет. Все они высказывали удовлетворение эстетическим видом и субъективными ощущениями в области послеоперационного рубца.

ВЫВОДЫ

1. Минилюмботомия существенно снижает агрессивность оперативного вмешательства и при этом позволяет в полной мере провести некрэктомию с паренхимы почки и качественно дренировать околопочечную клетчатку.
2. Методика конусовидного иссечения карбункула резко снижает тяжесть послеоперационного периода, обрывает течение септического состояния и ускоряет процессы выздоровления.
3. Доступ соответствует критериям физиологической дозволенности и максимальной доступности почки.
4. Снижается уровень дискомфорта в ближайшем послеоперационном периоде, уровень болевых ощущений, физической ограниченности.

Н.Н. Григорьев, В.Г. Игнатьев, В.М. Михайлова

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи (Якутск)

Одним из актуальных вопросов урогинекологии является недержание мочи при напряжении. По данным различных авторов, частота этого заболевания у женщин старше 40 лет достигает 75–80 %.

Цель: анализ проведенных слинговых операций при стрессовом недержании мочи.

МАТЕРИАЛ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

В период с 2009 по 2011 г. проведены 8 слинговых операций ТВТ-О и одна операция, предусматривающая формирование лоскута-трубки из влагиалищной стенки с последующей фиксацией его в зоне шейки мочевого пузыря и проведение поддерживающих лигатур в надлобковую область (авторы О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь). Средний возраст пациенток составил 55 лет.

Операции ТВТ-О проводились под спинномозговой анестезией по стандартной методике. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Средняя длительность операции составила 45 мин. Активация больных по истечении первых суток после операции. Катетеризация мочевого пузыря в послеоперационном периоде до 1 суток. Пациентки отмечали полное удержание мочи сразу после удаления уретрального катетера. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 3 ± 1 койко-день. Срок

послеоперационного наблюдения составил от 8 до 30 месяцев. Все пациентки, оперированные данным методом успешно реабилитированы, отмечают полное удержание мочи.

Помимо данного метода нами успешно проведена одна операция с использованием трубчатого лоскута из влагалища с последующей фиксацией его в зоне шейки мочевого пузыря и проведение под-держивающих лигатур в надлобковую область пациентке, страдающей недержанием мочи и цистоцеле. В ходе операции произведена пластика цистоцеле ушиванием пубоцервикальной фасции и фиксирование свернутого в трубку лоскута слизистой влагалища в зону уретровезикального сегмента с проведением фиксирующих лигатур в надлобковую область формируя петлю-слинг. Операция производилась под спинномозговой анестезией. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Длительность операции составила 50 минут. Активация больной по истечении 2-х суток после операции. Катетеризация мочевого пузыря в послеоперационном периоде до 3 суток. После удаления катетера пациентка отмечала полное удержание мочи и отсутствие дискомфорта, связанные с пролапсом передней стенки влагалища и цистоцеле. Выписка из стационара на 13 сутки после операции.

ВЫВОДЫ

Мы считаем, что ТВТ-О является «золотым стандартом» лечения недержания мочи при напряжении у женщин вследствие малоинвазивности, эффективности, лучших ближайших и отдаленных результатов, экономической выгоды.

Операция, модифицированная кафедрой урологии ММСИ им. Н.А. Семашко (О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь), дает возможность одновременной пластики цистоцеле путем широкой мобилизации задней стенки мочевого пузыря и парауретрального пространства и ликвидацию недержания мочи созданием лоскута трубки из слизистой передней стенки влагалища в зоне уретровезикального сегмента, что способствует восстановлению нормальной анатомии.

Г.Ц. Дамбаев¹, Н.А. Шефер¹, Е.Б. Топольницкий¹, С.В. Гюнтер²

МЕТОД РЕГИСТРАЦИИ ДИНАМИЧЕСКОГО ИЗМЕНЕНИЯ ПРОСВЕТА ТРАХЕИ И ГЛАВНЫХ БРОНХОВ

¹ ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет (Томск)

² НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (Томск)

Несмотря на современные достижения в медицине, диагностика заболеваний, характеризующихся динамическим изменением просвета трахеи и главных бронхов продолжает оставаться сложной и не в полной мере решенной проблемой в хирургической пульмонологии (Алиев М.А., с соавт., 1986; Алимов А.Т., Перельман М.И., 1989; Бисенков Л.Н., 2002).

Целью исследования явилась разработка способа регистрации, динамического изменения просвета трахеи и главных бронхов с использованием оптико-электронной системы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для достижения цели использовалась оптико-электронная система регистрации, разработанная в НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы г. Томск. В работе устройства использован принцип оптической локации. Данная система состоит из эластичного зонда, электронного блока, подключенного к персональному компьютеру для обработки сигнала. Зонд представляет собой оптически прозрачную трубку, на рабочем конце которой размещены два полупроводниковых светодиода. Один из них служит генератором зондирующих импульсов инфракрасного излучения, второй — фотоприемником сигналов. В ходе регистрации излученный генерирующим диодом импульс зондирующего светового сигнала падает на стенку исследуемого сегмента трахеобронхиального дерева и, отраженный от нее, возвращается в фотоприемник. Далее, усиленный сигнал регистрируется на экране монитора в виде диаграммы. Амплитуда сокращения, которая зависит от расстояния между стенкой органа и устройством, величина сигнала отражает динамическое изменение просвета согласно дыхательному циклу.

В качестве экспериментальных животных были выбраны собаки. Животные содержались в условиях вивария ЦНИЛ ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет». Животным под общей анестезией проводили исследование интактной трахеи и главных бронхов на всем протяжении с помощью разработанной системы регистрации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе полученных диаграмм определяется рассеивающийся оптический сигнал с временным сдвигом по оси X, измеряющийся временными интервалами, равными секунде, и степень отражения