

European Journal of Gastroenterology & Hepatology. 17(6):649-654, June 2005.

14. Murray CD, Emmanuel AV. Medical management of diverticular disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2002; 16(4):611-20.

15. Simpson JA, Neal KR, Scholefield JH, Spiller RC. Patterns of pain in diverticular disease and the influence of acute diverticulitis // European Journal of Gastroenterology & Hepatology 2003; 15(9):1005-1010.

16. Wong WD, Steven D. Wexner. Ann Lowry et al. Practice Parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis – supporting documentation // Dis Colon Rectum 2000; 43(3): 289-97.

УДК 616-006.6-033.2:617.557:616.428-089.87
© Ш.Х. Ганцев, 2008

Ш.Х. Ганцев
**ОПЕРАЦИЯ ДЮКЕНА – НОВЫЙ ВЗГЛЯД
НА КЛАССИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ**
*ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет» Росздрава, г. Уфа*

Предложена новая технология классической операции Дюкена, которая позволяет снизить травматичность, лимфоррею, повысить абластичность операции. Модифицированный вариант операции отличается тем, что она выполняется с использованием сонолиподеструкции, разобщением звена оттока, звена коллатерального сброса и звена притока. Полученные автором результаты позволяют продолжить исследования по практической реализации этой операции.

Ключевые слова: операция Дюкена, сонолиподеструкция, лимфатические узлы, метастазы рака, лимфатическая диссекция.

Sh.Kh. Gantsev
**THE DUKEN TECHNIQUE IS A NEW APPROACH
TO TRADITIONAL SURGERY**

The new technology of classical Duken's operation which allows to lower traumatization, lymphorrhoe, and improve of ablastic level. The modified variant of operation differs by use sonolipodestruction, dissociation of a outflow link, collateral link dump and inflow link. The authors results allow to continue researches on practical realization of this operation.

Key words: Duken's operation, sonolipodestruction, lymphatic nodes, cancer metastasis, lymphatic dissection

Прошло более 70 лет с момента описания Дюкеном техники операции на путях лимфатического оттока при метастатическом поражении пахово-бедренных лимфатических узлов и бедренного лимфатического коллектора.

Методика паховой лимфаденэктомии, описанная Дюкеном, стала классической [1,5, 8]. Операция Дюкена состоит в удалении лимфатического аппарата пахово-бедренной области вместе с клетчаткой, фасцией и участком большой подкожной вены бедра. Вертикальным разрезом выше середины паховой связки и ниже ее рассекают кожу до подкожной жировой клетчатки. Кожные лоскуты отсепаровывают на уровне поверхностной подкожной фасции. Подкожный жировой

слой иссекают с таким расчетом, чтобы обнажить подвздошную часть брюшной стенки и весь бедренный треугольник. Разрез продолжают до подлежащих мышц. Следующим этапом являются выделение, перевязка и пересечение большой подкожной вены в нижнем углу раны (вершина бедренного треугольника). После пересечения большой подкожной вены блок клетчатки с лимфатическими узлами оттесняют кнутри, а портняжную мышцу отводят крючками кнаружи, что позволяет легко обнаружить ложе бедренных сосудов. Постепенно весь удаляемый блок тканей вместе с наружной стенкой сосудистого влагалища отделяют от бедренных сосудов и поднимают вверх к месту впадения большой подкожной вены

бедр в бедренную. Выделенный препарат удаляют [8].

Нами приведены основные этапы классической операции Дюкена, которые именно так и реализуются на практике. Какие принципиальные вопросы можно сформулировать и найти ответы при анализе классической операции Дюкена и всех известных модификаций[5,8]:

1. Могут ли быть микрометастазы рака в лимфатических сосудах оперируемой зоны?

- Да [1,2,3].

2. Служат ли метастатически пораженный лимфатический узел или узлы барьером («таможней») для дальнейшего транзита метастатических раковых клеток?

- Нет [4,6].

3. Каково состояние клапанов лимфатических сосудов в зоне регионарного метастазирования при частичной или полной блокаде лимфатического коллектора?

- Чаше наблюдается несостоятельность клапанов[6,7].

4. Меняется ли распределение лимфатического дренажа между поверхностными и глубокими лимфатическими коллекторами на бедре при метастазах в бедренные лимфатические узлы?

- При блокаде поверхностного лимфатического коллектора происходит компенсация дренажа через глубокий коллектор [4,7].

5. Локальный лимфостаз на бедре – это фактор прогноза?

- Да[7].

6. Могут ли односторонние операции лимфатической диссекции при операции Дюкена рассматриваться как радикальные операции?

- Не всегда [1,2].

7. Может ли классическая операция Дюкена рассматриваться в современных условиях «золотым стандартом»?

Вот неполный перечень вопросов, которые возникают при оценке возможностей хирургического лечения метастазов в лимфатические узлы. В данной статье мы хотели остановиться только на видимых и очевидных недостатках операции Дюкена,

которые, к сожалению, снижают ее радикализм и не могут быть сегодня стандартом операции при раке гениталий, анального канала прямой кишки, кожи конечностей и др.

На наш взгляд, важнейшим этапом операции Дюкена после мобилизации фасциально-жирового комплекса (уровень лимфатических капилляров) является разобщение поверхностного магистрального лимфоотока (звено оттока), который осуществляется через лимфатические сосуды, связанные с большой подкожной веной, и глубокими – бедренно-подвздошным коллектором. Поэтому именно этот этап является ключевым, поскольку выделение пахово-бедренных лимфатических узлов и большой подкожной вены создает условия, препятствующие миграции метастатических клеток в вышележащий коллектор – подвздошный, парааортальный, грудной и т.д. Затем необходимо разобщить поверхностные и глубокие лимфатические коллекторы бедра (звено сброса). С учетом полного или частичного блока поверхностного коллектора возрастает объем дренажа лимфы в систему глубокого лимфатического коллектора бедра. При развитии патологического процесса капилляры расширяются, клапаны крупных сосудов становятся несостоятельными. Лимфатические сосуды в этой зоне выражены достаточно хорошо, протяженность этого участка достигает 25-30 см.

После разобщения двух основных зон лимфатического сброса разобщается третья – пересекается большая подкожная вена и лимфатические сосуды, дренирующие зону колена и голени (звено притока).

Это основные и принципиальные отличия классической операции Дюкена от операции, которая нами усовершенствована.

В нашей клинике используются два варианта операции лимфатической диссекции: первый – хирургический, второй – комбинированный. Что касается первого варианта, то все его этапы выполняются в классическом хирургическом варианте с использованием стандартного хирургиче-

ского оборудования для рассечения тканей, гемостаза и т.д. Второй вариант предусматривает комбинацию хирургической методики с технологией сонодеструкции жира (сонолиподеструкция) в зонах разобщения лимфатических коллекторов. Для сонодеструкции жира нами использовался аппарат «SCULPTURE» фирмы SMEI (Италия), сертифицированный в ЕЕС № 0068/ETI-DM/057-99. Частота, с которой работает керамический пьезоэлектрический преобразователь данного прибора, ниже 20 КГц (19800 циклов в секунду).

Применяется ультразвуковой генератор с напряжением в 99 В. При стандартной методике используется от 60 до 70 % этого напряжения. С помощью ультразвукового генератора амплитуда автоматически настраивается под различные титановые типы зондов, посредством которых происходит передача ультразвуковых вибраций к тканям. Ультразвук при этих параметрах разрушает адипоциты, не затрагивая сосуды, мышцы, прилежащие ткани. Жир, превращенный в эмульсию, удаляется из обрабатываемого участка механически при помощи аспирации с незначительным разрежением – 0,2-0,3 бар.

Операция в нашей модификации выполняется следующим образом («Способ профилактики лимфореи после пахово-бедренной лимфодиссекции». Заявка на патент № 2007117100 от 27.04.07). Зона предполагаемого разреза и операции нами инфильтрировалась раствором Кляйна, который включает эпинефрин (0,1%-1мл), лидокаин (2%-2 мл) и физиологический раствор (500 мл). Общий объем вводимого раствора составляет около 500 мл. Широкое рассечение и мобилизация кожно-жирового лоскута практически не сопровождаются кровотечением за счет гемостатического эффекта эпинефрина.

Затем приступаем к селективной мобилизации пахово-бедренных лимфатических узлов острым путем и с помощью сонодеструктора (рис.1). Жировая эмульсия удаляется с помощью электрического отсоса.

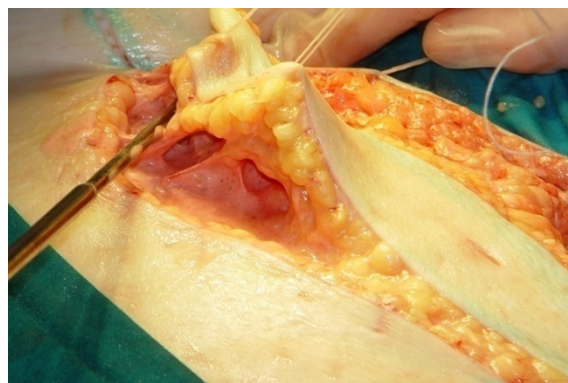


Рис.1. Этап сонолиподеструкции в области основания бедренного треугольника

Полная и анатомическая мобилизация пахово-бедренной области позволяет выделить все лимфатические узлы (рис.2), лимфатические сосуды и коллатерали. На этом этапе маркируется и верифицируется сторожевой лимфатический узел.

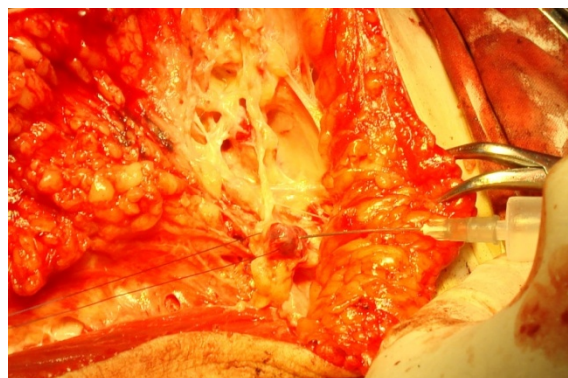


Рис.2. Лимфатический узел и лимфатические сосуды полностью мобилизованы. Проводится пункция лимфатического узла

В дальнейшем все лимфатические сосуды в пределах анатомической зоны под контролем зрения пересекаются, часть из них перевязывается, более мелкие - коагулируются. Большая подкожная вена перевязывается у места впадения в бедренную вену. На этом первый этап считается завершенным.

Кожно-жировой лоскут у основания бедренного треугольника подтягивается вверх. Этот прием облегчает дальнейшее освобождение коллатералей между поверхностными и глубокими лимфатическими сосудами. На рис.3 показан этап ультразвуковой деструкции жира и селективного выделения лимфатических сосудов. В ране видна жировая эмульсия, которая удаляется электроотсосом или марлевыми салфетками. На этапе сонолиподеструкции необходима инфильтрация

раствора Кляйна.

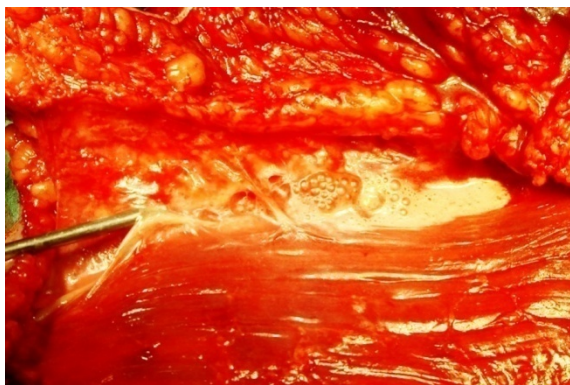


Рис.3. Сонолиподеструкция при выделении глубокого лимфатического коллектора и коллатералей на бедре

После завершения данного этапа мобилизации проводится тщательная ревизия глубокого сосудистого пучка (бедренной артерии и вены) и лимфатических сосудов. При необходимости проводится иссечение глубокого лимфатического коллектора зоны бедра.

Следующий этап — выделение, перевязка и пересечение большой подкожной вены бедра в нижнем углу раны (вершина Скарповского треугольника). Этот этап нами выполняется также с использованием технологии сонолиподеструкции. Обязательным условием этого этапа является тщательное лигирование тканей с многочисленными разного калибра лимфатическими сосудами, что позволяет предотвратить избыточное истечение лимфы в рану в послеоперационном периоде (рис.4).



Рис.4.Подготовка к пересечению лимфатических сосудов и большой подкожной вены в нижней трети бедра

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Ганцев Ш.Х. Ультразвуковая диссекция и липодеструкция в онкохирургии /Ш.Х.Ганцев, А.Г.Пухов, О.С.Леонтьева (и др.). - Челябинск: Издательство Татьяны Лурье,2007.-92с.
- 2.Давыдов И.И. Онкохирургия: эволюция и перспективы // Врач.-2004.-№11.-С.4-7.
- 3.Давыдов М.И. Этюды онкохирургии. - М.,2007.-54с.

Операция завершается удалением блока тканей с лимфатическими узлами, дренированием и ушиванием раны.

По вышеописанной технологии нами прооперировано 10 больных, из них 7 операций носили моноблочный характер с удалением первичной опухоли (рак вульвы, плоскоклеточный рак кожи). В таблице представлены результаты двух типов операций.

Таблица

Сравнительная оценка двух типов лимфатической диссекции

Показатели	Стандартная операция Дюкена (50 больных)	Усовершенствованная операция (10 больных)
Продолжительность операции, мин	45±15	55± 12
Кровопотеря, мл	120±30	25± 5
Лимфатическая диссекция	Неконтролируемая-«слепая»	Контролируемая-«зрячая»
Стадирование по критерию N,%	30 -35	100
Сторожевой лимфатический узел	+ (30-35 %)	+ (100%)
Лимфорея, дни	12±3	5±2
Нагноение, %	12	-

Данные, представленные в таблице, убедительно показывают преимущества новой комбинированной хирургической технологии лимфатической диссекции при метастазах в пахово-бедренные лимфатические узлы. Эти преимущества формуруются, - прежде всего в повышении радикальности, адекватности, анатомической и онкологической целесообразности. Накопление опыта этих операций, изучение отдаленных результатов позволят уточнить показания и противопоказания к различным вариантам хирургических вмешательств на путях лимфатического оттока.

4. Майбородин И.В. Морфология кожи при лимфостазе и лимфореи / И.В. Майбородин, В.В. Нимаев, А.И. Шевела (и др.) // Бюллетень Сибирского отделения РАМН. - 2005.-№ 1. - С. 132-137.
5. Мельников А.В. «Радикальная» операция иссечение общим блоком метастазов в лимфатические узлы Скарповского треугольника и подвздошной ямки при раке // Вопросы хирургии войны и абдоминальной хирургии. - Горький, 1946.-С.162-171.
6. Луцевич Э.В. Поиск сторожевого лимфатического узла – путь к оптимизации объема лимфодиссекции при опухолях различной локализации /Э.В.Луцевич, Э.Н.Праздников, З.Р.Габуния (и др.) // Вестник хирургии им. И.И.Грекова.-2002.-№1.-С.120-123.
7. Отеки конечностей (очерки по клинической лимфологии) / под общ. ред. член-корр. РАМН М.С. Любарского – Новосибирск: СО РАМН, 2004. – 188с.
8. Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Пачес А.И. Атлас онкологических операций. - М.: Медицина, 1987.-536с.

УДК 618.14 – 006.36:616.137.73 – 005.7 – 089.819.1 – 073.75

© Р.М. Гарипов, В.И. Пирогова, Л.Г. Чудновец, Г.Т. Гумерова, 2008

Р.М. Гарипов, В.И. Пирогова, Л.Г. Чудновец, Г.Т. Гумерова
**ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ
 С ЦЕЛЮ КУПИРОВАНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА
 ПРИ МИОМЕ МАТКИ**

*Клиника ГОУ ВПО «Башкирский государственный
 медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

Цель исследований: Улучшить результаты хирургического лечения у больных миомой матки, осложненной геморрагическим синдромом, методом эмболизации маточных артерий

Результаты 1.Купирование геморрагического синдрома на 2-4 – е сутки послеоперационного периода, что позволило ускорить в 2 раза восстановление показателей крови (эритроциты, гемоглобин, свертывающая система крови), не прибегая к переливанию донорской крови.

2. Метод ЭМА позволил избежать рецидивов гемморрагического синдрома в отдаленном послеоперационном периоде в 99,6%, на фоне уменьшения размеров миоматозных узлов до 88%.

3. Сокращение сроков пребывания в стационаре от 2 -5 суток и дней нетрудоспособности от 10 до 30 дней.

Ключевые слова: миома матки, эмболизация маточных артерий, геморрагический синдром

R.M. Garipov, V.I. Pirogova, G.T. Gumerova, L.G. Chudnovets,
**APPLICATION OF UTERINE ARTERIAL EMBOLIZATION AS A METHOD
 OF ARRESTING OF HEMORRHAGIC SYNDROME AT UTERINE MYOMA**

The purpose of research: To improve the results of operating treatment in patients with uterus myoma complicated by hemorrhagic syndrome at uterine myoma.

Results: 1. Hemorrhagic syndrome arrest for 2-4 days of postoperative period gave as a chance to accelerate twice the rehabilitation of blood data avoiding the donor's blood transfusion.

2. OAE method allowed to avoid the hemorrhagic syndrome recidivation in the remote postoperative period in 99,6% of researched cases on the level of decreasing myoma nodes sizes till 88%

3. Time shortening of staying in clinic – 2-5day and the sick leave 10-30 days.

Key words: uterine mioma, uterine arteries embolization, hemorrhagic syndrome.

Несмотря на то, что миома матки – это доброкачественная опухоль, она нередко сопровождается симптомами, ведущими из которых являются маточные кровотечения и болевой синдром, причиняющие больной страдания. Она значительно снижает качество их жизни, трудоспособность.

Геморрагический синдром при мио-

ме матки рассматривается как показание к экстренной хирургической операции (ампутации, экстирпации), несмотря на то, что состояние больной порой бывает крайне тяжелым и нередко усугубляется уже имеющимися нарушениями гомеостаза в связи с кровопотерями в интраоперационном периоде [4,5,6].

Современный подход к лечению