

12. Bergan J.J., Schmid-Schonbein G.W., Smith P.D. *et al.* Chronic venous disease. //N. Engl. J. Med. — 2006. — № 355. — P.488–498.

13. Dortu J.A. Treatment of varicose veins of the lower limbs by ambulatory phlebectomy (Muller's method): technique, indications and results.// Ann. Chir. — 1997. — Vol.51, № 7. —P.761–772.

14. Flesch F.M. *et al.* Bicarbonate stimulated phospholipids scrambling induces cholesterol redistribution and enables cholesterol depletion in the sperm plasma membrane// J. Cell. Sci. — 2001. — Vol. 114, № 19. — P. 3543–3555.

15. Hauer G. Endoscopic subfascial dissection of perforating veins—preliminary report. //Vasa. — 1985. — Vol 14, № 59. — P. 661–664.

16. Hauer G., Bergan J., Werner A. *et al.* Development of endoscopic dissection of perforating veins and fasciotomy for treatment of chronic venous insufficiency // Ann. Vasc. Surg. —1999. —Vol. 13. — P. 357–364.

17. Jessel R. *et al.* Kinetics of apoptotic markers in the exogenously induced apoptosis of EL4 cells// J. Cell. Mol. Med. — 2002. — Vol. 6. — № 1. — P. 82–92.

18. Kapiotis S. Jilma B., Szalay T.D.E. *et al.* Evidence against an effect of endothelin-1 on blood coagulation, fibrinolysis, and endothelial cell integrity in healthy men// Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. — 1997. — Vol. 11. — P. 2861–2867.

19. Kirkeby O.J., Kutzsche S., Risoe C. *et al.* Cerebral nitric oxide concentration and microcirculation during hypercapnia, hypoxia, and high intracranial pressure in pigs// J. Din. Neurosci. —2000. —Vol. 6. — P. 531–538.

20. Linton RR. The communicating veins of the lower leg and the operative technique for their ligation //Ann. Surg. —1938. — Vol. 107. — P. 582–593.

21. Sykes T., Brookes P., Hickey N. A prospective randomised trial of tourniquet in varicose vein surgery // Ann. R. Coll. Surg. Engl. — 2000. — Vol. 82, № 4. — P. 280–282.

22. Wang G.R., Zhu Y., Halushka P.V. *et al.* Mechanism of platelet inhibition by nitric oxide: in vivo phosphorylation of thromboxane receptor by cyclic GMP-dependent protein kinase // Proc. Natl. Acad. Sci. USA.— 1998. — Vol. 95, № 9. — P. 4888–4893.

Поступила 30.12.2009.

PREVENTION OF THROMBOTIC COMPLICATIONS IN MINIMALLY INVASIVE SURGERY OF VARICOSE VEINS

L.R. Bashirova, D.A. Slavin, I.V. Fedorov, S.V. Kiselev, I.G. Mustafin

Summary

Determined was the probability of development of thrombotic complications with various methods of surgical treatment of chronic venous insufficiency. Developed were preventive measures for deep vein thrombosis of lower limbs during surgical treatment of varicose disease.

Key words: varicose disease, postoperative thrombotic complications, perforating veins, endoscopic subfascial dissection, microvesicles.

УДК 616.147.17–007.64–085.849.19–089.8

ОПЫТ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАЛЬПЕЛЯ

Рашид Фиатович Нуруллин, Фидель Якубович Гюльалиев, Мунир Халяфович Закирзянов

Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска (главврач — канд. мед. наук М.Х. Закирзянов), г. Альметьевск

Реферат

Проведён сравнительный анализ геморроидэктомий, выполненных ультразвуковым скальпелем у 25 больных в возрасте от 23 до 68 лет и обычным способом по Миллигану—Моргану — у 40. Показано, что применение высокотехнологичных методов геморроидэктомии, в частности ультразвукового скальпеля, позволяет уменьшить длительность и травматичность операций.

Ключевые слова: хронический геморрой, геморроидэктомия, ультразвуковой скальпель.

В настоящее время геморроидэктомия рассматривается как наиболее эффективный радикальный способ лечения геморроя III–IV стадий. Наиболее распространённой является операция Миллигана—Моргана, направленная на

ликвидацию основных геморроидальных узлов. Однако относительно высокая частота послеоперационных осложнений, а также длительный период заживления послеоперационных ран и послеоперационной реабилитации являются причиной неудовлетворенности результатами данного вида лечения.

По данным литературы, после радикальной геморроидэктомии у 63,4 больных возникают такие осложнения, как боль в области послеоперационных ран, задержка мочеиспускания, кровотечения. В отдаленные сроки у 25 оперированных больных образуются рубцовый стеноз анального канала, недостаточность аналь-

Таблица 1

Продолжительность операций и характер течения послеоперационного периода в зависимости от вида радикальной геморроидэктомии

Показатели	Основная группа	Контрольная группа
Средняя продолжительность вмешательства, мин	25	40
Выраженность болевого синдрома, баллы	3	7
Средняя потребность в наркотических анальгетиках, дни	2±1	5±2
Частота дизурических расстройств, %	8,6	13,3
Средние сроки заживления послеоперационных ран, дни	36	26
Средние сроки временной нетрудоспособности, дни	18	28

ного сфинктера. У 26% пациентов в течение 4–5 лет сохраняются незначительные анальные расстройства. Примерно 0,6–4% пациентов нуждаются в повторном лечении в связи с рецидивом заболевания. Большинство этих осложнений связано с недостатками того или иного метода и способа оперативного вмешательства [1–4]. Поиск новых методов и способов выполнения геморроидэктомии является актуальной задачей.

Целью исследования являлся сравнительный анализ геморроидэктомий, выполненных ультразвуковым скальпелем и обычным способом.

Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 65 больных осложнённым геморроем III–IV стадий. В основную группу вошли 25 пациентов в возрасте от 23 до 68 лет, которым геморроидэктомия была выполнена с использованием ультразвукового скальпеля. Контрольную группу составили 40 больных в возрасте от 30 до 65 лет, которым проводилась традиционная закрытая геморроидэктомия по Миллигану–Моргану. Был использован ультразвуковой скальпель ULTRACISION фирмы “Этикон Эндохирургия” (США). Аппарат состоит из высокочастотного микропроцессорного генератора и рабочего узла с пьезоэлектрическим элементом и коагуляционными ножницами, которые позволяют коагулировать ткани с последующим рассечением (возможна коагуляция сосудов до 5 мм в диаметре). После эллипсоидного разреза перианальной кожи и слизистой анального канала до зубчатой линии вокруг геморроидального узла поэтапно снаружи внутрь ультразвуковым скальпелем единым блоком производим удаление наружного и внутреннего геморроидальных

узлов поочередно в режимах коагуляций (VAR) широкой поверхностью (от 15 до 18 с) и резание (FULL) острой кромкой (до полного пересечения). Обычно иссечение наружного и внутреннего геморроидальных узлов осуществляется за 2–3 приема. Следующим этапом пересекаем сосудистые ножки в верхнем углу раны в режиме коагуляции широкой поверхностью рабочей частью инструмента до полного пересечения. Аналогично удаляем оставшиеся геморроидальные узлы. Послеоперационные раны остаются открытыми. Операцию заканчиваем введением салфетки, пропитанной левомеколем, и газоотводной трубки. Ведение послеоперационного периода осуществляем как после традиционной геморроидэктомии.

Применение ультразвукового скальпеля для выполнения открытой геморроидэктомии привело к значительному сокращению продолжительности операции с 40 до 25 минут, что достигается за счет исключения этапов гемостаза или ушивания послеоперационных ран. Кроме того, иссечение наружных и внутренних геморроидальных узлов и пересечение их сосудистых ножек производится быстрее гармоническим скальпелем, чем традиционным методом, потому что одновременно происходят коагуляция и пересечение ткани.

Нами выявлены отличия в течении послеоперационного периода у больных основной и контрольной групп. Болевой синдром в первый день после операции реже отмечается у пациентов с геморроидэктомией ультразвуковым методом, и в последующие дни сильные боли возникали у них существенно реже, чем в контрольной группе. В первые сутки после операции у пациентов, перенес-

ших геморроидэктомию ультразвуковым скальпелем, выявлены отличия в уровне послеоперационного болевого синдрома (таб. 1).

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности и малой травматичности геморроидэктомии с применением ультразвукового скальпеля. Благодаря внедрению этого метода удалось в 2 раза сократить продолжительность оперативного вмешательства, снизить выраженность послеоперационного болевого синдрома и уменьшить период послеоперационной реабилитации. Данный метод геморроидэктомии может быть рекомендован к внедрению в широкую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А., Геморрой. — М.: Митра-Пресс, 2002. — С. 136–177.
2. Дульцев Ю.В., Борисова Л.А., Куравлев Ю.Г.,

Ванин А.И. Лечение хронического геморроя методом электрокоагуляции аппаратом WD-2 // Клин. вестн. — 1995. — № 4. — С. 60–64.

3. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Рифкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. — М., 1994. — С. 328–334.

4. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А., Титов А.Ю. и др. Открытая геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем. — М., 2002. — 45 с.

Поступила 25.12.09.

THE EXPERIENCE OF HEMORRHOIDECTOMY USING AN ULTRASONIC SCALPEL

R.F. Nurullin, F.Ya. Gyu'aliyev, M.Kh. Zakirzyanov

Summary

Conducted was a comparative analysis of hemorrhoidectomy performed by using an ultrasonic scalpel in 25 patients aged 23 to 68 years old and by usual method of Miligan-Morgan – 40 patients. It was shown that the use of high-technological methods of hemorrhoidectomy, in particular the ultrasonic scalpel reduces the duration and trauma extent of the operations.

Key words: chronic hemorrhoids, hemorrhoidectomy, ultrasonic scalpel.

УДК 616.366–072.1–089.8

КОНВЕРСИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Фидель Якубович Гюльалиев, Мунир Халяфович Закирзянов,
Эдуард Николаевич Баистраков, Ильшат Ильхамович Давлетишин.*

*Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска (главрач – канд. мед. наук М.Х. Закирзянов),
г. Альметьевск*

Реферат

Показано, что основной причиной конверсий при лапароскопической холецистэктомии было несовпадение данных дооперационного УЗИ и интраоперационной картины у 5,3% плановых больных. В 73,5% случаев конверсий имели место плотные инфильтративные или рубцово-спаечные изменения в гепатобилиарной зоне.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, конверсия, осложнения.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является операцией выбора у больных как с хроническим, так и с острым калькулезным холециститом и выполняется у 85–90% пациентов с желчнокаменной болезнью [6, 11]. Однако во время лапароскопической операции возникают ситуации, требующие перехода в открытую холецистэктомию — выполнения конверсии. Изучение причин, послуживших поводом к переходу на открытую операцию, являлось целью данной работы.

С января 2005 по декабрь 2009 г. в хи-

рургическом отделении находились 1178 пациентов с желчнокаменной болезнью. Средний возраст больных составлял 55,3 года (от 18 до 82 лет). Из них женщин было 952 (80,8%), мужчин — 226 (19,2%).

Хирургическое лечение проводилось в 949 (80,6%) наблюдениях.

Выполнен ретроспективный анализ 643 историй болезни пациентов с острым (133) и хроническим (510) калькулезным холециститом, которым была произведена ЛХЭ, что составило 67,8% от числа всех прооперированных больных. Алгоритм диагностических мероприятий у больных включал УЗИ, ФГДС, а при необходимости рентгеноконтрастные и эндоскопические исследования билиарной системы.

В плановом порядке пациенты с желчнокаменной болезнью поступали с данными амбулаторного УЗИ, ФГДС, а при экстренной госпитализации диа-