

Ю.С. Винник ¹, Е.И. Шишацкая ², Н.М. Маркелова ¹, Е.С. Василеня ¹,
А.А. Шагеев ¹, В.А. Хоржевский ¹

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОГО АНГИОГЕНЕЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НОВОГО РАССАСЫВАЮЩЕГОСЯ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА

¹ ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития РФ (Красноярск)

² ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет» (Красноярск)

³ ФГБУН Институт биофизики СО РАН (Красноярск)

Цель работы: с помощью иммуногистохимических методов оценить степень активности процессов ангиогенеза (развитие сосудистой сети, динамику VEGF) при использовании различных рассасывающихся хирургических нитей для ушивания мышечно-фасциальных ран в хроническом эксперименте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследованы экспериментальные образцы ПГА, полученные в лаборатории Биотехнологии новых биоматериалов ФГАОУ «Сибирский федеральный университет» с использованием лабораторного автоматизированного комплекса BioFlo (New Brunswick, США); гомополимер 3-гидроксимасляной кислоты на опытном производстве, созданном и функционирующим при Институте биофизики СО РАН.

Исследование проводилось на 90 кроликах породы «Шиншилла», содержащихся в стандартных условиях вивария при естественном освещении со свободным доступом к пище и воде.

При секционном исследовании оценивались: состояние швов (сохранность шовного материала, состояние окружающей мышечной ткани).

Для оценки активности процессов ангиогенеза в зоне наложенного на мышцу шовного материала исследовался уровень экспрессии фактора роста эндотелия сосудов (VEGF).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении корреляционного анализа была выявлена выраженная положительная корреляционная связь между уровнем экспрессии VEGF и удельным объемом CD31+ эндотелиоцитов в течение всего эксперимента. При этом нарастание числа CD68+ клеток в исследуемом субстрате сопровождалось снижением экспрессии VEGF и удельного объема CD31+ клеток. Такие показатели подтверждают отсутствие прямой заинтересованности CD68+ клеток в продукции VEGF, и в тоже время, могут указывать на их опосредованное влияние на ангиогенез. Повышение уровня инфильтрации макрофагами сопровождалось нарушением сопряжения корреляционных связей между уровнем экспрессии VEGF и удельным объемом CD31+ клеток.

Межгрупповое сопоставление уровня экспрессии фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) свидетельствует о большем уровне экспрессии этого ростового фактора в течение всего эксперимента при использовании ПГА-нитей в сравнении с другими биodeградируемыми материалами.

Детальное гистоморфологическое исследование позволило сформировать представление об особенностях взаимодействия изучаемого шовного материала и расширить диапазон его применения.

ВЫВОДЫ

При использовании шовного материала ПГА в зоне повреждения тканей отмечались более интенсивное развитие сосудистой сети и повышенная экспрессия фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) на всех сроках эксперимента, по сравнению с группами с использованием синтетических рассасывающихся шовных материалов.

В.П. Глабай, А.В. Архаров, А.И. Алиев, А.Г. Кешишев, Б.Т. Юнусов, А.А. Виленский

ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТОДА «ОТКРЫТОГО» ЖИВОТА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

ГБОУ ВПО «Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздравсоцразвития РФ (Москва)

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения тяжелого острого панкреатита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За 20 лет наблюдали 6844 больных тяжелым острым панкреатитом: 498 (7,3%) подвергнуты хирургическому лечению, 322 выполнено открытое вмешательство и 176 — пункционно-катетеризационное.

Из 322 больных 293 (91 %) оперированы открытым способом по поводу различных видов инфицированного панкреонекроза и 29 (0,9 %) — по поводу стерильного панкреонекроза и органной недостаточности. У 102 (31,6 %) больных в послеоперационном периоде возникло 197 осложнений, умерли 35 больных (34 %). Выделено 3 группы осложнений: интраоперационные (12) ранние (94) и отсроченные (91). Интраоперационные — травма селезенки (7), кровотечение из кисты (3), кровотечение из селезеночной артерии (1) и из вены (1). Ранние — аррозивное кровотечение (29), панкреатические фистулы (18), толстокишечный свищ (12), тонкокишечный свищ (3), желудочный свищ (7), дуоденальный свищ (5), цистодуоденальный свищ (2), флегмона желудка (2), абсцессы (9), ранняя спаечная непроходимость (2), тромботические осложнения (3), острый холецистит (1), гнойный плеврит (1). Отсроченные осложнения и последствия острого панкреатита в данной работе не рассматриваются. Наиболее информативными методами для распознавания периоперационных осложнений были МРПХГ, КТ, рентгенологический метод и УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Главными причинами возникновения периоперационных осложнений являются деструкция стенки главного панкреатического протока, узурация сосудов и вовлечение в гнойный процесс стенки полого органа. Способствует развитию осложнений длительность течения неразрешенного гнойного очага и выявлена прямая зависимость срока заболевания, распространенности нагноения и частотой развития осложнений. В связи с этим признать ряд осложнений как осложнения операции можно лишь условно, поскольку предпосылки к их развитию заложены течением заболевания. Важнейшее значение в профилактике осложнений придаем широкому двухподреберному доступу, надежной дифференцировке тканей во время операции, предпочтительному применению органосохраняющих операций, ненасильственному удалению секвестров, отказу от некрэктомии острым путем, санационным перевязкам каждые 48 — 72 часа, использованию назоинтестинальной интубации для декомпрессии, лаважа, деконтаминации кишечника, устранения внутрибрюшной гипертензии, энтерального питания.

Выбор метода лечения осложнений «открытых» операций находится в широком диапазоне — от консервативного до резекционного в условиях гнойного процесса — и зависит от состояния больного, местных изменений поджелудочной железы и забрюшинного пространства, опыта хирурга, оснащенности операционной, медикаментозной поддержки и возможностей реанимационной службы.

ВЫВОДЫ

Осложнения «открытых» операций при тяжелом панкреатите возникают в 31,6 % случаев, летальность достигает 34 %.

Развитие осложнений подобных операций возможно на любом этапе лечения.

Выбор метода лечения осложнений «открытых» операций при тяжелом панкреатите может быть консервативным или резекционным и зависит от местных изменений в зоне операции, наличия органной недостаточности у больного и организационных факторов.

В.А. Козлов, А.Г. Макарович

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

**ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
(Екатеринбург)**

При оперативном лечении распространенного панкреонекроза наибольшее распространение получили рекомендации IAP (2002), подразумевающие выполнение вмешательств только при развитии инфекционных осложнений на третьей неделе заболевания. К сожалению, значительная часть пациентов не доживает до этих сроков, а традиционные лапаротомные операции, выполняемые в ранние сроки, малоэффективны.

Цель исследования: показать, что разработанная в нашей клинике технология может быть с успехом применена в первые 6 — 12 часов с момента госпитализации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 412 пациентов с распространенным панкреонекрозом. Наша клиника придерживается активной хирургической тактики при распространенном панкреонекрозе, независимо от факта инфицирования. При неэффективности