

- со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота;
- со стороны ЦНС и периферической нервной системы: головная боль, головокружение, парестезии; нейропатия и нарушение функций спинного мозга (синдром передней спинальной артерии, арахноидит) обычно связаны с техникой проведения регионарной анестезии, а не с действием препарата;
- прочие: повышение температуры тела, озноб, задержка мочеиспускания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Создание и внедрение новых местных анестетиков в виде чистых левовращающих изомеров позволяет наиболее полно реализовать все преимущества регионарной анестезии. При использовании суперселективных эффектов такого рода препаратов (наропин, левобупивакаин) достигается высокодифференцированная проводниковая блокада применительно к самым разнообразным клиническим ситуациям, устраняется основной недостаток препаратов длительного действия — длительный латентный период и практически снимается острота проблемы токсичности местных анестетиков при длительном применении. Таким образом, наропин (ропивакаина гидрохлорид) является эффективным и безопасным местным анестетиком для спинальной и перидуральной анестезии и проводниковых блокад нервных сплетений, обладающим коротким латентным периодом и значительной продолжительностью действия. В настоящее время ни один из используемых в клинической практике препаратов этой группы не обладает подобным сочетанием фармакологических свойств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горобец С. Спинальная анестезия изобарическим наропином при трансуретральных онкоурологических вмешательствах / С. Горобец, К.П. Кузнецов, В.Е. Груздев. — М., 2008. — 39 с.
2. Калви Т.Н. Фармакология для анестезиолога : пер. с англ. / Т.Н. Калви, Н.Е. Уильямс. — М. : Бином, 2007. — 176 с.
3. Морган Дж.Э. Клиническая анестезиология : пер. с англ. / Дж.Э. Морган, М.С. Михаил. — М. — СПб. : Бином — Невский диалект, 2000. — 343 с.

О.А. Буслаев, Л.К. Куликов, С.В. Шалашов, С.Г. Цыбиков, Ю.К. Усольцев

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭЗОФАГОФУНДОПЛИКАЦИИ ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей» (Иркутск)
НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (Иркутск)*

Данная патология встречается относительно редко, концентрация больных происходит в торакальном отделении Областной клинической больницы. В связи с этим имеется необходимость привлечения железнодорожников и членов их семей, страдающих данной патологией, к лечению в ДКБ.

В 2009 г. в хирургическом отделении произведено 4 лапароскопических эзофагофундопликаций. Первые трудности возникли на этапе мобилизации абдоминального отдела пищевода, когда не удавалось мобилизовать заднюю стенку пищевода, чтобы провести дно желудка за пищевод для формирования манжеты. Было применено несколько приемов: интраоперационная фиброэзофагоскопия с транслюминацией для идентификации задней стенки пищевода, введение толстого резинового зонда диаметром 1,8 см, после чего инструментальная пальпация позволяла определить границы анатомических образований.

Данные методы не привели к должному результату, и в 2008 г было выполнено 2 конверсии на этапе становления данной операции. Далее мы применили L-образно изогнутый металлический проводник с отверстием на конце для фиксации и перемещения дна желудка. Это упростило задачу, и после подведения проводника позади пищевода стало возможным визуализировать границу задней стенки и произвести ее мобилизацию.

Остальные этапы операции трудностей не вызывали, но необходима осторожность при мобилизации дна желудка и клипировании коротких артерий желудочно-селезеночной связки, тщательная мобилизация обеих ножек диафрагмы, навыки формирования интракорпоральных узлов.

Показаниями к операции мы считаем наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с рефлюкс-эзофагитом 2—3-й степени, неэффективность консервативной терапии. Всем больным был проведен курс консервативной терапии в гастроэнтерологическом отделении. При неэффективности терапии или кратковременном эффекте выставлялись показания к оперативному лечению. Часть возрастных пациентов с сопутствующей патологией, риск которой превышает риск операции, находятся на консервативном лечении под постоянным наблюдением гастроэнтеролога.

Предоперационная подготовка направлена на уменьшение воспалительных изменений в пищеводе, коррекцию сопутствующей патологии, проводилась совместно с обследованием в отделении гастроэнтерологии. Обязательно выполнялась биопсия пищевода и желудка, рентгеноскопия пищевода и желудка в положении Тренделенбурга. Обязательно определение длины пищевода. Короткий пищевод не является показанием для лапароскопического вмешательства.

Операцию производим из 5 доступов, расположенных в верхних квадрантах брюшной стенки. На двух последних операциях оказалось достаточно 4 доступов. Это связано с тем, что при тщательной мобилизации ножек диафрагмы в области пищеводного отверстия ткани более рыхлые, нет необходимости пользоваться проводником для мобилизации задней стенки пищевода. Мобилизацию коротких артерий производили на первых двух операциях (Ниссена – Розетти), затем перестали это делать в связи с тем, что часть дна желудка, выведенная из средостения, достаточна для формирования манжетки (Ниссена). В одном случае интраоперационно диагностирована эмфизема на шее. Аускультативно дыхание проводилось во все отделы, гемодинамически больная стабильна, эмфизема не напряженная, без признаков нарастания, поэтому операция была продолжена в штатном режиме, а после операции выполнена рентгенография легких, пневмоторакса не выявлено. Производилась задняя крурорафия 1 – 2 швами, в одном случае выполнена передняя крурорафия в связи с анатомическими особенностями. Манжета формировалась на зонде диаметром 1 см из дна желудка 2 – 3 швами с обязательной фиксацией к передней стенке пищевода для предупреждения дислокации. Мобилизация дна желудка должна быть достаточной для формирования манжеты без натяжения, в этом случае мы применяли более тонкий зонд – 1 см.

Зонд удаляли сразу после операции. В послеоперационном периоде случаев гастростаза не отмечали. Активизировали пациента на следующие сутки после операции, разрешали пить воду, на вторые сутки – принимать пищу. В послеоперационном периоде осложнений не было. Выписаны на 7-е сутки после операции. Двое больных осмотрены через 3 месяца после операции, жалоб не предъявляют. Рекомендован ФЭГДС-контроль через 6 месяцев после операции.

Длительность первых двух операций составила 210 минут, остальных двух – 180 минут.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопическая эзофагофундопликация менее травматична, реабилитация происходит значительно быстрее, осложнений меньше.
2. Данная операция может использоваться значительно шире: как антирефлюксная операция при рефлюкс-эзофагите и пищеводе Баретта и как завершающий этап после кардиомиотомии.
3. Отмечается явная тенденция к уменьшению длительности и травматичности операции с приобретением опыта. Это позволит в будущем производить операции у возрастной категории пациентов с сопутствующей патологией, которые в настоящее время находятся на пожизненной консервативной терапии.

И.М. Бухаев

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Хирургическое лечение аневризм сосудов головного мозга остается актуальной проблемой в нейрохирургии. 85 % всех субарахноидальных кровоизлияний являются следствием разрыва аневризм, составляя 10 – 16 % на 100000 жителей в год. Высокой остается летальность и инвалидизация вследствие разрыва аневризм. Погибает в результате субарахноидального кровоизлияния 30 – 67 % пациентов, 15 – 30 % остаются инвалидами [6, 7, 8]. Около 87 % больных погибают в сроки от 1 до 6 месяцев после первого разрыва аневризм, 60 % погибает в первые сутки, 26,3 % – на 2 – 3-е сутки, 3,5 % – на 8 – 21-е сутки, и 2,5 % – на 22 – 60-е сутки. Консервативная терапия не гарантирует предупреждение повторного риска разрыва аневризмы, которое возникает в течение первых 2-х недель после субарахноидального кровоизлияния (САК) у 14 – 44 % больных и заканчивается у 20,5 – 85 % летальным исходом [5]. Послеоперационная летальность остается также высокой, составляя 16 % в первые 14 суток после САК, и тесно зависит от степени тяжести пациентов [4]. На послеоперационную летальность также влияет интраоперационный разрыв аневризмы, который наблюдается в 11 – 19 % наблюдений, в 3 раза чаще во время ранних операций, чем при отсроченных. К настоящему времени наиболее перспективными признаются ранние оперативные вмешательства, проводимые не позднее 72 часов с момента заболевания до развития вазоспазма, острой окклюзионной гидроцефалии [2]. Микрохирургические операции на аневризмах рекомендуется производить только после регресса сосудистого спазма, симптоматики