

Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствует о сложности диагностики кист брюшной полости на основании только клинических данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б.И., Хабас Г.Н. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения описторхозных кист печени // Бюллетень сибирской медицины. – 2002. – № 2. – С.66-70.
2. Блюгер А.Ф. и др. Практическая гепатология. – Рига, 1984. – С.339-341.
3. Большая медицинская энциклопедия. – Изд. 3. – М.: Медицина, 1988. – Т. 10. – С.346-347.
4. Иванов А.И., Петров В.С., Жестков К.Т. Желчнокаменная болезнь в сочетании с заболеваниями печени // Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни у больных с заболеванием органов гепатодуоденопанкреатической зоны. – Новосибирск: Наука, 2003. – С.57-58.
5. Кубышкин В.А., Стрижелецкий В.В. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении заболеваний печени // Избранные лекции по эндовидеохирургии / Под

Лапароскопия является одним из возможных высокоинформативных и относительно безопасным методом диагностики кист брюшной полости, особенно осложненных разрывом и нагноением.

- ред. В.Д. Федорова. – СПб.: Коста, 2004. – С.87-94.
6. Лимберг Б.Э. К вопросу о непаразитарных кистах поджелудочной железы, печени и почек // Нов. хир. архив – 1925. – Т. 5. – С.660.
7. Петровский Б.В. Хирургическая гепатология. – М., 1972. – 352 с.
8. Пышкин С.А., Борисов Д.Л., Ефремова Е.В. и др. Лечение непаразитарных кист печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Т. 8. № 1. – С.33-36.
9. Файн Е.Л., Финкель И.И. О непаразитарных кистах печени // Советская медицина. – 1958. – № 7. – С.118.
10. Филижанко В.Н., Шеменева Е.Г., Фомин А.М. и др. Лапароскопические вмешательства при кистах печени и селезенки // 2-й Московский Международный конгресс «Лапароскопическая хирургия». – М., 1997. – С.135.
11. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Даманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – Киев, 1993. – С.512.

Адрес для переписки: 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, Брегею Александру Ивановичу, заведующему эндоскопическим отделением, профессору, д.м.н.

© КАЛИНИЧЕНКО А.В., САДАХ М.В., ОЧИРОВА Т.В., АГЕЕНКО М.Б., САДОХИНА Л.А. – 2009

ПЛАСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ГРУДНОЙ СТЕНКИ И ПОЛОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ТОРАКО-ДОРЗАЛЬНЫМ МЫШЕЧНЫМ ЛОСКУТОМ

А.В. Калиниченко¹, М.В. Садах³, Т.В. Очирова¹, М.Б. Агеенко¹, Л.А. Садохина²

(¹Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, директор – член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Е.Г. Григорьев; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной хирургии, зав. – член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Е.Г. Григорьев; ³Иркутская Областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

Резюме. Приведен клинический пример использования лоскута широчайшей мышцы спины с целью устранения дефекта грудной стенки и полости хронической эмпиемы плевры. С удовлетворительным косметическим и функциональным результатом.

Ключевые слова: дефект грудной стенки, хроническая эмпиема плевры, пластика.

PLASTY OF POSTTRAUMATIC DEFECT OF CHEST WALL AND CAVITY OF CHRONIC EMPYEMA OF PLEURA WITH TORACO-DORSAL MUSCULAR GRAFT

A.V. Kalinichenko¹, M.V. Sadakh³, T.V. Ochirova¹, M.B. Ageenko¹, L.A. Sadokhina²
(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Regional Clinical Hospital)

Summary. The clinical example of use of a graft of the broadest muscle of a back with the purpose of elimination of defect of a chest wall and a chronic empyema cavity of pleuras is presented. Satisfactory cosmetic and functional results have been demonstrated.

Key words: defect of a chest wall, chronic empyema pleuras, plastic.

Реконструктивная хирургия гнойных осложнений травмы груди с повреждением реберно-мышечного каркаса и формированием хронической эмпиемы плевры с бронхо-плевро-кожными свищами в последнее время становится все более актуальной в связи с ростом травматизма в крупных индустриальных центрах [1,2]. Приводим клиническое наблюдение.

Больной А. 6.06.2005 года оперирован в отделении неотложной хирургии Иркутской областной клинической больницы по поводу колото-резаного торакоабдоминального ранения справа с повреждением средней (4 сегмент) и нижней (7 сегмент) долей легкого, диафрагмы, 8 сегмента печени. Сделана торакотомия справа, ушивание ран средней и нижней долей легкого, диафрагмы. Затем выполнена лапаротомия, тампонирующая раны 8-го сегмента печени. Через 2 часа произведена реторакотомия, гемостаз по поводу послеоперационного массивного легочного и внутриплеврального кровотечения. На 12 сутки послеоперационного периода сформировался

печеночно-диафрагмально-легочный свищ, с откашливанием до 200 мл желчи в сутки. В связи с чем 21.07.2005 выполнена реторакотомия, пневмолиз, ушивание легкого, ушивание диафрагмы, устранение желчного свища, дренирование плевральной полости. В послеоперационном периоде поступление воздуха по дренажу из плевральной полости, легкое колабируется. Выполнена фибробронхоскопия с окклюзией среднедолевого бронха пенополиуретаном. Бронхоплевральное сообщение прекращено, но полной резекпансии легкого добиться не удалось. Сформировалась ограниченная эмпиема плевры, в связи с чем 30.08.2005 сделана проекционная поднадкостничная резекция передних отростков 4-5 ребер с формированием плевростомы размерами 10х10 см и тампонирующая легочно-плевральной полости с мазью «Левомеколь». Выписан для продолжения лечения в поликлинике по месту жительства.

12.01.2009 госпитализирован в отделение гнойной хирургии НЦ РВХ СО РАМН для оперативного лече-



Рис. 1. Внешний вид грудной стенки до операции.

ния. Состояние при поступлении удовлетворительное. Нормостенической конституции, удовлетворительного питания. Рост 184 см, масса тела 82 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Грудная клетка асимметрична, за счет деформации правой половины, гипотрофии большой грудной мышцы. Частота дыхательных движений в покое 18 мин. Дыхание слева везикулярное проводится во все отделы равномерно. Справа дыхание жесткое, везикулярное выслушивается на верхушке и над нижней долей. Тоны сердца правильного ритма. Пульс 78 в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление 130/70 мм рт.ст. На правой половине грудной клетки между среднеключичной и переднеаксилярной линиями в проекции 4-5-го ребер дефект грудной стенки до 7 см в диаметре. Дно плевростомы формирует средняя доля с субсегментарными бронхиальными свищами (рис. 1).

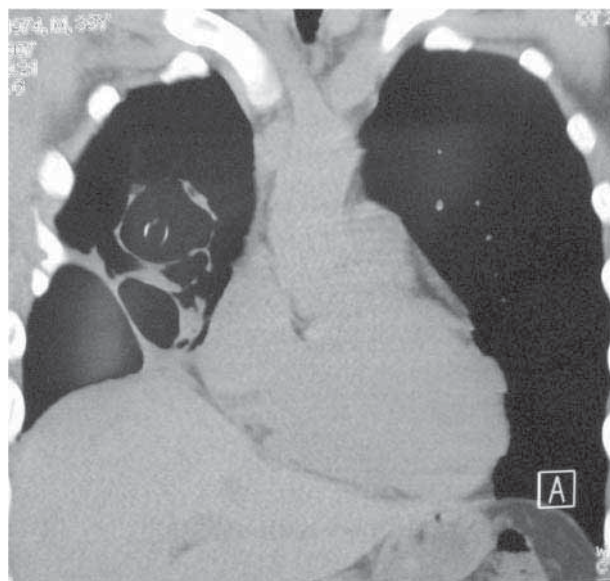


Рис. 2а. Мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки (фронтальная проекция).

При фибробронхоскопии диагностирован катаральный эндобронхит 1 степени активности, обнаружен ранее установленный поролоновый обтуратор в устье бронха средней доли. Мультиспиральная компьютерная томография грудной клетки – толстостенная полость с капсулой до 0,8 см, перифокально тяжистые структуры, инфильтрация паренхимы средней доли. Остеомиелит резецированных 4,5,6 ребер. Левое легкое, средостение без патологии (рис. 2а, 2б). Торакоскопия – в полости небольшое количество экссудата, очаговые наложения фибрина, визуализируются множественные точечные легочно-плевральные свищи по типу «ре-



Рис. 2б. Мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки (сагитальная проекция).

шетчатого легкого». Спирография – умеренное нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному и снижению по рестриктивному типу. Статическая сцинтиграфия легких – выраженное нарушение перфузии в нижних отделах, умеренное в верхних отделах правого легкого. Перфузия левого легкого не нарушена. Бактериологическое исследование содержимого полости хронической эмпиемы плевры – *Pseudomonas aeruginosa* 10^3 , *Klebsiella* 10^2 , мокроты – *Pseudomonas aeruginosa* 10^3 , *Candida albicans* 10^2 , *Streptococcus pyogenus* 10^2 .

21.01.2009 больной оперирован. После иссечения кожных краев плевростомы, произведена поднадкостничная резекция пораженных участков 4,5,6, ребер, в пределах среднеключичной – средне-подмышечной линий. Дефект грудной стенки составил 15 см. Дном полости является паренхима легкого с бронхиальными свищами. Объем полости ≈ 250 см³. Произведено ушивание свищей на пуговчатом зонде, обвивным швом с захватом стенки бронхов, атравматичной нитью (Викрил 000). Достигнут азростаз. Пневмолиз не выполнялся. Выяснено, что для полноценного замещения полости хронической эмпиемы большой грудной мышцы не достаточно. Операционный разрез продлен вертикально вниз до гребня подвздошной кости. Лоскут широчайшей мышцы спины отсечен от 3-х точек фиксации: остистых отростков 2-х поясничных позвонков и шести нижних грудных позвонков, гребня подвздошной кости, ребер. Тщательно выделены и лигированы спинные ветви задних межреберных и поясничных артерии. Для увеличения подвижности

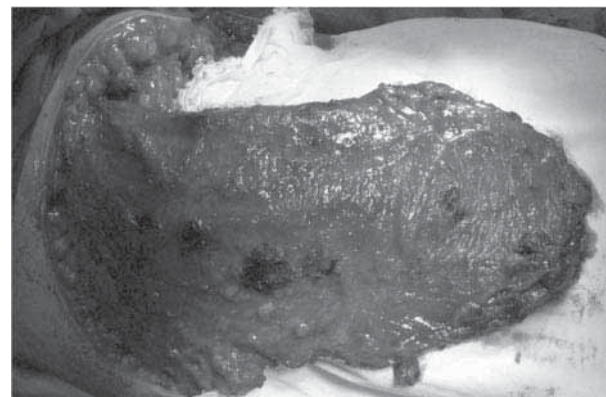


Рис. 3. Торако-дорзальный мышечный лоскут, подготовленный для перемещения в плевральную полость.

лоскута пересечены артерия и вена, огибающие лопатку. Таким образом, выделен трансплантат размера 35х15х1,5 см. с сохранением грудно-спинных сосудов и грудно-спинного нерва. Объем лоскута составил 787,5 см³ (рис. 3). Перемещен в полость хронической эмпиемы, фиксирован ко дну отдельными швами атравматичной нитью (Викрил 000). Таким образом, трансплантат заполнил не только легочно-плевральную полость, но и устранил дефект мышечно-реберного каркаса.



Рис. 4. Окончательный вид больного после операции.

Дефект кожного покрова замещен местными тканями. Установлены аспирационные системы для дренирования донорского места и подлоскутного пространства (рис. 4.) Назначена антибактериальная (меропенем 1,0х3 раза в сутки) и противовоспалительная терапия,

трансфузии свежзамороженной плазмы, эритроцитарной массы. На этом фоне обычное течение послеоперационного периода. Швы сняты на 10-е сутки, заживление раны первичным натяжением, дренажи удалены. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Больной осмотрен через 1 месяц от момента выписки. Состояние удовлетворительное. Одышки в покое нет. Движения правой верхней конечности в полном объеме, дефицита мышечной силы нет, в связи с тем, что сохранена 4-ая точка фиксации широчайшей мышцы к плечевой кости. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции остаточных полостей в правом гемитораксе нет.

В приведенном наблюдении хирургическая тактика дискуссионна. Одним из вариантов оперативного лечения может быть пневмолиз, средняя лобэктомия, резекция ребер, замещением дефекта грудной стенки перемещением местных тканей. Но в конкретном случае подобная операция в условиях выраженного воспаления сопряжена с повреждением ткани верхней и нижней долей, риском несостоятельности культи среднедолевого бронха, рецидивом эмпиемы плевры и возникновения, остаточных легочно-плевральных полостей. Кроме того, сохраненная средняя доля в условиях асептического ателектаза выполняет роль «биологической пробки».

Лоскут из широчайшей мышцы спины представляет собой наиболее выгодный пластический материал для устранения дефектов грудной стенки и полостей хронической эмпиемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Муромский Ю.А. Бронхиальные свищи после резекции легких. – М.: Медгиз, 1963. – С.183-190.
2. Филиппов С.Г., Дамбаев Г.Ц., Соколов Е.Г.,

Топольницкий Е.Б. Новый принцип систематизации способов реконструкции дефектов грудной стенки // Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии: Сборник тезисов. – Красноярск, 2003. – С.36-38.

Адрес для переписки: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГОКБ, отделение гнойной хирургии, Калинин Александр Витальевич – ординатор отделения гнойной хирургии №1, e-mail: drkaw@mail.ru; Максим Владимирович Садах – ординатор отделения гнойной хирургии; Татьяна Владимировна Очирова – ординатор отделения гнойной хирургии №1; Мария Борисовна Агеенко – ординатор отделения гнойной хирургии №1, врач анестезиолог-реаниматолог; Людмила Александровна Садохина – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии.

© ПРОТАСОВ К.В., СИНКЕВИЧ Д.А., ДЗИЗИНСКИЙ А.А. – 2009

ФИКСИРОВАННАЯ КОМБИНАЦИЯ ЛИЗИНОПРИЛА И АМЛОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

К.В. Протасов, Д.А. Синкевич, А.А. Дзизинский

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра терапии и кардиологии, зав. – д.м.н., член-корр. РАМН, проф. А.А. Дзизинский)

Резюме. У 430 больных артериальной гипертонией высокого сердечно-сосудистого риска изучена эффективность и переносимость фиксированной комбинации лизиноприла и амлодипина (Экватор¹, Гедеон Рихтер, Венгрия) в условиях 12-недельного амбулаторного приема. Целевой уровень АД был достигнут у 77,3% больных. Эффективность лечения зависела от наличия сопутствующего сахарного диабета, стадии и степени артериальной гипертензии, развития побочных эффектов и образовательного уровня обследуемых. Отмечена хорошая переносимость препарата и высокая приверженность больных к лечению.

Ключевые слова: артериальная гипертония, лечение, лизиноприл, амлодипин.

THE FIXED COMBINATION OF LISINAPRIL AND AMLODIPINE IN THE TREATMENT OF HIGH CARDIOVASCULAR RISK HYPERTENSIVE PATIENTS

K.V. Protasov, D.A. Sinkevich, A.A. Dzizinsky
(Irkutsk State Institute of Improvement of Doctors)

Summary. The effectiveness and tolerability of the fixed combination of lisinopril and amlodipine (Ekvator¹, Richter Gedeon) were investigated in 430 high and very high risk patients with essential arterial hypertension under the conditions of 12-week ambulatory treatment. Target blood pressure level was achieved in 77.3% patients. The success of the treatment depended on diabetes mellitus presence, grade and stage of arterial hypertension, side effects appearance and level of the education. Good tolerability and high compliance to the treatment were revealed.

Key words: arterial hypertension, treatment, lisinopril, amlodipine