

СВЧ-ДЕСТРУКЦИЯ НЕОПЛАЗИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

*Пузанков А.А., Загайнов В.Е., Стриковский А.В., Снопов Л.Б.,
Шкалова Л.В., Евстигнеева Г.А., Загайнова Е.В.*

ФГУ «ПОМЦ ФМБА России», УРАН ИПФАН,
ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород

Актуальность. В большинстве случаев рак желудка развивается на фоне длительно существующих предопухолевых состояний слизистой. В России рак желудка стабильно занимает второе место в структуре онкологических заболеваний (15,8% – у мужчин и 12,4% – у женщин). Неопластические образования слизистой желудка часто малигнизируются. Гиперпластические полипы малигнизируются в 0,5% случаев, аденомы желудка – от 4% до 50%. Существующие способы эндоскопического удаления неоплазий (электроэксцизия, эндоскопическая

резекция слизистой, аргонплазменная коагуляция, лазерная деструкция) имеют свои недостатки и осложнения.

Цель работы – оценить безопасность и эффективность СВЧ-деструкции неоплазий слизистой желудка.

Материал и методы. Основа метода СВЧ – деструкция образований слизистой оболочки путем локальной гипертермии тканей, что реализуется путем импульсной кратковременной работы СВЧ-системы, при этом локальные изменения происходят под визуальным контролем. Методика заключается во введении эндоскопа в полость желудка, определении месторасположения патологического очага, заведении затем в инструментальный канал эндоскопа гибкой коаксиальной линии с излучателем на дистальном конце, прижатии излучателя к патологическому очагу и проведении дозированной, в импульсном режи-

ме, термодеструкции в заданном режиме генератора СВЧ. В 2009 г. в нашей клинике выполнена СВЧ-деструкция 15 неопластических образований слизистой оболочки желудка. Гиперпластические полипы размерами от 0,2 до 0,8 см – 4, аденом желудка размерами от 0,2 до 1,0 см – 9, карциноид размером 0,7 см – 1. Диагноз подтверждался путем видеогастроскопии с использованием режима NBI, оптической когерентной томографии (ОКТ), гистологического исследования биоптатов. Во всех случаях неоплазии располагались в пределах слизистой оболочки желудка. После деструкции выполнялась ОКТ, биопсия с гистологическим исследованием для подтверждения радикальности вмешательства.

Результаты. Все пациенты лечились амбулаторно. Время СВЧ-деструкции составило от 2 до 5 секунд. Осложнений (кровотечения, перфорации, болевой синдром) как во время вмешательства, так и при контрольных исследованиях через 24 часа, 7 дней не было. ОКТ и гистологическое исследование биоптатов, взятых сразу после деструкции, доказало радикальность операции. По данным видеогастроскопии через 14 дней и 3 месяца рецидивов заболевания не выявлено.

Выводы. СВЧ-деструкция является безопасным эффективным перспективным методом для эндоскопического лечения предраковых заболеваний желудка.

БЕСШОВНАЯ ПЛАСТИКА БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Ходак В.А.², д. м. н. Паршиков В.В.¹, к. м. н. Самсонов А.А.², Петров В.В.², Самсонов А.В.², к. м. н. Романов Р.В.², к. м. н. Кузнецов А.Б.²

¹ ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Кафедра госпитальной хирургии им. Б.А. Королёва, Нижний Новгород, Россия;

² МЛПУ «Городская больница №35», Нижний Новгород, Россия

Пластика тканей без натяжения с использованием синтетических эндопротезов является золотым стандартом в лечении грыж брюшной стенки. В хирургии вентральных грыж наиболее известны методы имплантации эндопротеза: inlay, sublay, onlay. Стандартная фиксация сетки швами не лишена недостатков. Лигатуры завязываются с натяжением, которое трудно дозировать. Нить приобретает «пилящие» свойства. Это может привести к прорезыванию лигатур, смещению эндопротеза. Применение трансапоневротических швов связано с необходимостью мобилизации подкожной клетчатки вокруг грыжевых ворот, что ведёт к формированию карманов для сером, гематом. Предложен бесшовный метод фиксации эндопротеза (патент РФ №2365342 (2008)). После герниолапаротомии мобилизуют грыжевые ворота со стороны брюшной полости, обработку грыжевых ворот со стороны раны и отсепаровку клетчатки от апоневроза не производят. Эндопротез – полипропиленовая сетка, по периметру которой выкраиваются полоски шириной 1 см, длиной, соответствующей толщине брюшной стенки. Эндопротез помещают в брюшную полость, со стороны кожи через брюшную стенку под визуальным и мануальным контролем вводят троакар на расстоянии не менее 5 см от краёв апоневротического дефекта. Через гильзу

троакара вводят петлю в брюшную полость, захватывают полоску эндопротеза и путём тракции выводят наружу. Полоска эндопротеза остаётся фиксированной в брюшной стенке силами трения. Таким образом фиксируют протез по периметру. Над протезом ушивают рану. С 2002 по 2009 год выполнено 85 операций по поводу вентральных грыж по бесшовной методике и 308 операций по традиционным, шовным методикам. В группе пациентов, оперированных по бесшовной методике, зафиксирована 1 раневая гематома, летальных исходов не было. При анализе второй группы зафиксированы раневые (16), системные (8) осложнения, умерло 5 пациентов (1,6%). В целом, в группе пациентов оперированных по бесшовной методике отмечалось более гладкое течение послеоперационного периода, быстрая активизация пациентов.

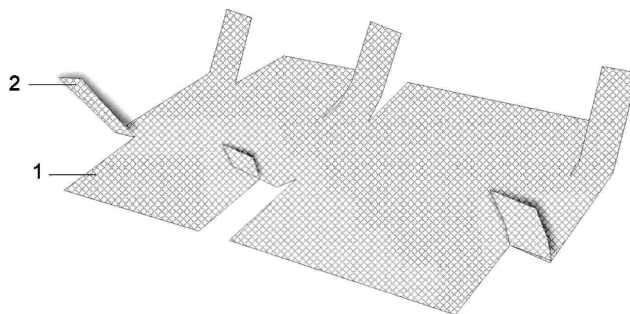


Рис. 4.

1 – полипропиленовый сетчатый эндопротез;
2 – полоска, выкраенная из сетчатого эндопротеза на его периферии