

ния, такие как несостоятельность, анастомозит, рецидив рубцового сужения, парез голосовых связок, свищ. Через 2–3 недели после операции больным обеих групп проведено эндоскопическое исследование, во время которого признаков стеноза не обнаружено, диаметр трахеи в области анастомоза составлял от 0,8 до 1,0 см.

Отдаленные результаты изучены у 29 больных, оперированных по стандартной методике, в сроки от 6 до 12 месяцев. При контрольной трахеоскопии у 2 больных признаков рестенозирования не было выявлено, у 27 пациентов диаметр трахеи составил от 0,5 до 0,6 см, им было произведено бужирование от 2 до 4 раз. У больных, оперированных по нашей методике, в отдаленные сроки от 4 до 6 месяцев признаков рестенозирования не выявлено. Все больные выписаны без признаков дыхательной недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, циркулярная резекция трахеи в нашей модификации позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения. Даже при обширных резекциях трахеи полной несостоятельности швов трахеи не отмечалось, а в случаях частичной несостоятельности потребовалось лишь консервативное лечение. Данный способ профилактики несостоятельности анастомоза позволяет снизить до минимума натяжение тканей в области самого анастомоза, что предупреждает развитие нарушений микроциркуляции с явлениями микротромбоза и ишемии тканей и вследствие этого развитие несостоятельности в зоне анастомоза. Все это способствует благоприятному течению репаративных процессов.

С.П. Чикотеев, Н.Г. Корнилов, М.В. Прокопьев, В.В. Шапов, А.В. Мельник, С.М. Елисеев

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КИСТОЗНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В КИСТУ

**НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)**

Одним из опасных для жизни пациента осложнений хронического кистозного панкреатита является аррозивное кровотечение в полость кисты. За последние 5 лет с 2000 по 2004 годы в клинике находилось на лечении 415 больных с диагнозом хронический панкреатит. За период 2003–2004 гг. – 240 пациентов. Прооперировано 79 (32,9 %) пациентов с выполнением операций различного объема.

У 7 (1,7 %) пациентов было диагностировано кровотечение в полость кисты поджелудочной железы. Клинические признаки этого осложнения следующие: быстрое увеличение в размерах кисты, пальпаторно киста приобретает признаки напряженной: становится плотно-эластической консистенции и резко-болезненной при пальпации. При аускультации в ряде случаев над кистой выслушивается грубый систоло-диастолический шум. Выраженное усиление болевого синдрома плохо поддается действию анальгетиков, парапанкреальная новокаиновая блокада по Роману не приносит ожидаемого эффекта.

При постановке диагноза «кровотечение в полость кисты при хроническом кистозном панкреатите» мы выполняли ангиографическое исследование по экстренным показаниям, проводили целиакографию и мезентерикографию.

При ангиографии у трех пациентов выявлено кровотечение в полость кисты из селезеночной артерии, в двух случаях – при расположении кисты

в хвосте поджелудочной железы, и в одном случае – в головке железы.

В двух случаях отмечено кровотечение в кисту головки поджелудочной железы из гастродуоденальной артерии, здесь как первый этап лечения была проведена эндоваскулярная эмболизация гастродуоденальной артерии.

У одного пациента было диагностировано кровотечение в полость кисты головки поджелудочной железы из бассейна левой желудочной артерии, у этого пациента попытка эндоваскулярной окклюзии левой желудочной артерии не удалась.

И, в одном случае, мы наблюдали желудочное кровотечение у пациента из цистожелудочного свища, которое самостоятельно остановилось при образовании сгустка в полости кисты хвоста поджелудочной железы и тромбозе селезеночной артерии, что было выявлено при проведении ангиографии.

Всем пациентам после выполнения ангиографического исследования было выполнено оперативное вмешательство различного объема, по срочным показаниям с обязательным прошиванием сосуда, явившегося источником кровотечения. Эндоваскулярная окклюзия гастродуоденальной артерии, выполненная перед операцией, позволила избежать ожидаемой в таком случае массивной кровопотери.

По нашим данным чаще источником кровотечения в полость кисты является селезеночная ар-

терия. При наличии кровотечения в полость кисты, расположенной в области головки поджелудочной железы, источником кровотечения может быть гастродуоденальная, левая желудочная и селезеночная артерия.

Таким образом, при подозрении на геморрагию в полость кисты при хроническом кистозном

панкреатите срочное ангиографическое исследование наиболее информативный метод диагностики, который должен трансформироваться в лечебную манипуляцию. Материальная окклюзия кровотока сосуда может быть окончательным методом гемостаза при наличии абсолютных противопоказаний к операции.

А.И. Цуканов, В.Ф. Байтингер, В.И. Серяков, В.А. Мосеев

ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКА ТРАНСПЛАНТАТОМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

**НИИ микрохирургии ТНЦ СО РАМН (Томск)
Областная клиническая больница (Томск)**

Проблема пластики мочеточника при его вовлечении в онкологический процесс или в зону постлучевого фиброза, а также травматических повреждений с образованием дефекта является одной из наиболее злободневных и нерешенных в повседневной урологической практике (Клифорд Р., 1999; Kato H., Igawa Y., 2002).

Цель нашей работы состояла в разработке способа пластики мочеточника червеобразным отростком.

Сущность метода заключается в ретроградной мобилизации аппендикса и его брыжейки (классическая аппендэктомия), с последующим перемещением трансплантата червеобразного отростка на сосудистой ножке через окно в брюшине в забрюшинное пространство, и наложением анастомозов между мочеточником и трансплантатом. Методика анатомически разработана на 16 трупах (Цуканов А.И. с соавт., 2003) и клинически апробирована у больного Г., 18 лет, с диагнозом: гидронефротическая трансформация правой почки, протяженная стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента (срок послеоперационного наблюдения — 12 мес.).

Контрольное обследование пациента через год после транспозиции червеобразного отростка в верхнюю треть правого мочеточника (видеоуретероскопия) показало наличие хорошего просвета в трансплантате, отсутствие стриктур в зоне уретеро-аппендикулярных анастомозов и признаков воспаления слизистой кишечной трубки. Отросток реагировал резким спастическим сокращением в ответ на повторное введение тубуса эндоуретероскопа. Морфологическое исследование биоптата слизистой трансплантата червеобразного отростка (окраска по Ван-Гизону, гематоксилин-эозин, выявление кислых гликозаминогликанов (метод Хейла), ШИК-реакция с докраской ядер толуидиновым синим (метод Самсонова)) показало отсутствие признаков воспали-

ния в слизистой. Структурная перестройка ее в условиях мочеточка характеризуется уменьшением количества кишечных крипт, отсутствием бокаловидных клеток и уплощением покровного эпителия. В подслизистой основе сохранились многочисленные лимфоидные узелки с лимфоцитарной инфильтрацией, множество кровеносных и лимфатических капилляров с умеренно расширенными просветами.

Мы считаем, что примененный нами способ пластики мочеточника имеет преимущества по сравнению с другими известными способами: 1 — минимальная травматизация пищеварительной системы при заборе трансплантата червеобразного отростка; 2 — изоперистальтическая трансплантация червеобразного отростка способствует появлению перистальтики мочеточника и улучшению пассажа мочи, что в свою очередь улучшает функциональные показатели почки; 3 — сопоставимость диаметров трансплантата червеобразного отростка и мочеточника, что упрощает механизм наложения анастомозов; отсутствие образования рубцовых стриктур в зоне наложения анастомозов (в динамике); 4 — морфологическая адаптация (перестройка) слизистой кишечной трубки в условиях мочеточка; 5 — сохраняется лимфатическая взаимосвязь трансплантата червеобразного отростка и тонкого кишечника; 6 — более легкое течение послеоперационного периода при данном способе, чем при пластике мочеточника участком тонкой кишки.

Высокая сократительная активность аппендикса, склонность его к длительному спазму даже через год после транспозиции в мочеточник может способствовать процессу камнеобразования. В программу профилактики этого осложнения мы включили новый антиму斯卡риновый препарат ролциверин, характеризующийся оптимальным балансом между нейротропным и миотропным эффектами.