

сопутствующих заболеваний. Проведение консервативной интенсивной терапии позволило разрешить механическую желтуху в 32,7% случаев. Оценка эффективности консервативного лечения проводилась через 24 часа от ее начала. В зависимости от полученных результатов пациенты были разделены на три группы.

В первой группе (48 больных – 32,7%) отмечена положительная клинико-лабораторная и сонографическая динамика. Во второй группе (76 больных – 51,7%) нарастали иктеричность кожи и склер, отмечалось увеличение уровня билирубина и диаметра желчных протоков по данным сонографии. В третью группу (23 больных – 15,6%) изначально выделены больные с синдромом системной воспалительной реакции. При этом в первой группе лечение продолжалось до полного разрешения желтухи, после чего выполнялись одноэтапные радикальные оперативные вмешательства. Во второй группе больных выполнялись предварительные мини-инвазивные декомпрессионные вмешательства, сроки которых были индивидуализированы в зависимости от степени тяжести печеночной недостаточности и длительности желтухи. Больным третьей группы декомпрессия выполнялась после короткой предоперационной подготовки, направленной на стабилизацию состояния.

К проведению того или иного метода декомпрессии нами были установлены следующие показания.

Так, при размере конкремента не более 1 см, отсутствии расширения внутрипеченочных желчных протоков, сочетании холедохолитиаза со стриктурой БДС предпочтение отдавали эндоскопической папиллосфинктеротомии. При наличии конкремента холедоха более 1 см, сонографических признаках расширения внутрипеченочных желчных протоков, уровне обтурации выше пузырного протока, наличии парафатеральных дивертикулов декомпрессия осуществлялась путем чрескожной чреспеченочной холангиостомии. Холецистостомию выполняли в тех случаях, когда механическая желтуха, осложненная холедохолитиазом, сочетается с деструктивными формами холецистита. В тех случаях, когда механическая желтуха сохранялась, декомпрессия желчных путей выполнялась либо путем антеградной чрескожной холангиостомии, либо путем эндоскопической папиллотомии.

Таким образом, из 147 оперированных больных в послеоперационном периоде развилось 26 (17,7%) различных осложнений, приведших 2 больных к летальному исходу. Летальность у больных с холедохолитиазом, осложненным МЖ, составила 1,4%.

При сравнении результатов лечения контрольной и основной групп отмечено уменьшение числа общих послеоперационных осложнений с 43,0% до 17,7%, снижение летальности с 7,3% до 1,4%. Снижению вышеизложенных осложнений при лечении больных основной группы способствовал последовательный подход к выбору длительности консервативной терапии и сроков декомпрессионных вмешательств.

Выводы

Оптимальным условием лечения больных с холедохолитиазом, осложненным желтухой, является нормализация функции печени. Лечение больных с МЖ необходимо начинать с интенсивной консервативной терапии. У 32,7% интенсивная консервативная терапия приводит к разрешению желтухи. При неэффективности консервативной терапии в течение 48–72 часов необходимо разрешение желтухи путем использования малоинвазивных технологий. При выборе малоинвазивного метода декомпрессии следует учитывать уровень обтурации, анатомические особенности гепатобилиарной зоны, размеры конкрементов, наличие или отсутствие расширения внутрипеченочных желчных протоков, а также деструктивных форм холецистита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадвани С. А. и др. Желчно-каменная болезнь: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 176 с.: ил. – (Библиотека врача-специалиста.)
2. Лищенко А. Н., Ермаков Е. А. Одноэтапное лечение калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом из минилапаротомного доступа // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – Т. 11. № 2. – С. 77–83.
3. Пауткина Ю. Ф., Климов А. Е. Механическая непроходимость желчных путей (механическая желтуха): Руководство для врачей. – М.: Профиль-2 С, 2010. – 224 с.
4. Петров Б. А., Гальперин Э. А. Хирургия внепеченочных желчных протоков. – М.: Медицина. – 1971. – 200 с.
5. De Palma G. D., Galloro G., Siciliano S. Results of the use of endoprostheses in the treatment of retained common bile duct stones // *Minerva chir.* – 2000. – Vol. 55. № 12. – P. 823–827.
6. Ding J. W. et al. Obstructive jaundice impairs reticuloendothelial function and promotes bacterial translocation in the rat // *J. surg. res.* – 1994. – V. 57. – P. 238–245.
7. Padillo F. J. et al. Randomized clinical trial of the effect of intravenous fluid administration in patients with obstructive jaundice undergoing endoscopic drainage // *Br. j. surg.* – 2005. – № 92. – P. 39–43.

Поступила 15.02.2013

З. В. ТОТИКОВ, В. З. ТОТИКОВ, М. В. КАЛИЦОВА, В. В. МЕДОЕВ

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Кафедра госпитальной хирургии с онкологией ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава РФ,
Россия, 362019, РСО – Алания, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.
Тел. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com*

Представлены результаты использования ультразвукового исследования в диагностике рака прямой кишки, осложненного острой обтурационной непроходимостью. Ультразвуковое исследование с большой достоверностью позволяет определить наличие кишечной непроходимости, локализацию опухоли, распространенность опухолевого процесса, выявить

наличие отдаленных метастазов, сопутствующих заболеваний органов брюшной полости, а также уточнить результаты других методов исследования.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, рак прямой кишки, кишечная непроходимость.

Z. V. TOTIKOV, V. Z. TOTIKOV, M. V. KALITSOVA, V. V. MEDOEV

ULTRASOUND EXAMINATION IN THE DIAGNOSIS OF CANCER OF THE DISTAL COLON, COMPLICATED BY ACUTE OBSTRUCTIVE OBSTRUCTION

*Hospital surgery department with oncology GBOU VPO SOGMA Russian ministry of health,
Russia, 362019, North Ossetia – Alania, Vladikavkaz, Pushkinskaya str., 40.
Tel. (8672)53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com*

The results of the use of ultrasound in the diagnosis of colon cancer, complicated by acute obstructive obstruction. Ultrasound examination with high confidence, to determine the presence of intestinal obstruction, tumor localization, the incidence of tumor, to identify the presence of distant metastases, concomitant diseases of the abdominal cavity, as well as to improve the results of other methods.

Key words: ultrasound examination, rectal cancer, intestinal obstruction.

Введение

В последние годы широкое применение в онкологической клинике для оценки степени распространения опухолевого процесса и диагностики непроходимости нашло ультразвуковое исследование [2, 3]. Обладая высокой разрешающей способностью и информативностью, УЗИ является практически безвредным диагностическим методом. Ультразвуковое исследование позволяет не только диагностировать саму опухоль, но и определять ее размеры, отношение к окружающим тканям и органам, наличие перифокального воспалительного процесса и метастазов. Кроме того, с помощью УЗИ выявляются симптомы непроходимости, наличие выпота и выраженность изменений кишечной стенки [1, 4, 5].

Цель исследования – выявить диагностические возможности УЗИ при раке дистальных отделов толстой кишки, осложненном острой непроходимостью.

Материалы и методы

Ультразвуковое исследование было выполнено 113 больным раком прямой кишки, осложненным непроходимостью. При поступлении ультрасонография на фоне непроходимости выполнена у 53 пациентов, а после разрешения непроходимости – у всех 113. Ультразвуковое исследование брюшной полости производили на аппаратах «ССД-190» и «ССД-630» фирмы «Aloka» и «LOGIQTMa200» производства «General Electric Co». Использовали видеопринтер «SONY UP-895 MOW». Исследования проводили с использованием линейного датчика с частотой 7,5 МГц и конвексного датчика с частотой 3,5 МГц. Обследование производили при поступлении и в дооперационном периоде для определения наличия непроходимости, локализации опухоли, распространённости процесса, выявления отдаленных метастазов, сопутствующих заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Оценивались размеры и структура опухоли, ее отношение к окружающим тканям и органам, диаметр и толщина стенки кишки, количество секвестрированной жидкости, наличие перифокального воспалительного процесса, выпота в брюшной полости, характер перистальтики. В послеоперационном периоде ультразвуковое исследование проводилось для

выявления различных воспалительных процессов в брюшной полости и на передней брюшной стенке.

Результаты

У всех 53 больных с клиникой непроходимости четко определялись уровни жидкости и скопления газа в кишечнике.

Опухоли прямой кишки при поступлении выявлены у 39 (73,6%) больных из 53. Также определены размеры опухолей и их структура, отношение этих образований к окружающим органам и тканям. Наряду с этим у 6 (11,3%) больных выявлены метастазы в печени. У 15 (28,3%) пациентов при поступлении выявлено прорастание опухоли в окружающие кишку ткани и органы. При ультрасонографии у 7 (13,2%) пациентов выявлено перифокальное воспаление, у 17 больных диагностированы конкременты в желчном пузыре. После разрешения непроходимости (в результате декомпрессионной терапии или после наложения прицельной проксимальной стомы) ультразвуковое исследование произведено всем 113 больным. У всех больных вне зависимости от локализации опухоли отмечалось локальное утолщение кишечной стенки, соответствующее протяженности опухоли, от 11 мм и более. У 12 (10,6%) пациентов удалось выявить отдаленные лимфогенные метастазы по ходу аорты, подвздошных сосудов, в паховых областях диаметром от 1,5 см и более. У 13 (11,5%) больных были обнаружены метастазы в печени. Прорастание опухоли в соседние органы и параректальную клетчатку на ультрасонографии установлено у 48 (42,5%) пациентов. Перифокальный воспалительный процесс выявлен у 24 (21,2%) больных.

Изменения, обнаруженные при УЗИ, были в последующем подтверждены другими методами исследования или во время оперативного вмешательства.

Выводы

Таким образом, ультразвуковое исследование с большой достоверностью позволяет определить наличие кишечной непроходимости, локализацию опухоли, распространённость опухолевого процесса, выявить наличие отдаленных метастазов, сопутствующих заболеваний органов брюшной полости, а также уточнить результаты других методов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брежнева Л. Э., Надвигова Е. А., Важенин А. В. Ультразвуковое исследование в диагностике рака прямой кишки // Первый съезд колопроктологов России: Тез. докл. – Самара, 2003 – С. 187–188.
2. Даценко Б. М., Тамм Т. И., Бардюк А. Я. Возможности ранней диагностики и тактика лечения больных острой непроходимостью кишечника // Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. – Москва, 2005. – С. 44.
3. Захараш М. П., Захараш Ю. М., Стельмах А. И., Бекмурдов А. Р., Тарасюк Т. В. Перспективы ультразвуковой диагностики

обтурационной непроходимости толстой кишки // I съезд колопроктологов СНГ. – Ташкент, 2009. – С. 364.

4. Сажин В. П., Юрищев В. А., Госткин П. А., Сяткин Д. А. Хирургическое лечение колоректального рака, осложненного обтурационной кишечной непроходимостью // Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. – Москва, 2005. – С. 55–56.

5. Тамм Т. И., Даценко Б. М., Богун Е. А., Непомнящий В. В. Профилактика гнойно-септических осложнений при обтурационной кишечной непроходимости // Колопроктология. – 2011. – № 3 (37). – Приложение. – С. 88.

Поступила 08.02.2013

Д. В. ТУРКИН, Б. В. ВЫСТУПЕЦ

ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ОБРАБОТКИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ПАХОВОЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ

*Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Кубанского государственного медицинского университета ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел.(8-918) 451 95 30. E-mail: md-asp@bk.ru*

Ненатяжная аллогерниопластика относится к безболевым технологиям. Однако при фиксации синтетического протеза в шов могут попадать ветви подвздошно-пахового нерва, повреждаться надкостница лобкового бугорка, обработка самого грыжевого мешка может приводить к возникновению послеоперационной невралгии. Проведено исследование пациентов, оперированных в период 2009–2012 гг. методами ненатяжной аллогерниопластики. В качестве эксплантата использовалась полипропиленовая сетка. Пациенты были разделены на 2 группы. В основной иссечение грыжевого мешка не применялось, в контрольной группе грыжевой мешок удалялся. Оценивался характер послеоперационного болевого синдрома. Результаты исследования показали, что высокая перевязка и отсечение грыжевого мешка способствуют более частому возникновению болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, болевой синдром.

D. V. TURKIN B. V. VYSTUPETS

EFFECT OF PROCESSING METHOD HERNIAL SAC ON THE SEVERITY OF PAIN AFTER INGUINAL PLASTY

*Department of surgery with the course of anesthesiology and critical care medicine, head of department,
the Kuban state medical university, Russian Ministry of health,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. (8-918) 451 95 30. E-mail: md-asp@bk.ru*

Tension-free plastynot pull refers to a painless technology. However, when fixing a synthetic prosthesis can enter into joint branch ilioinguinal nerve damaged periosteum pubic tubercle, the treatment of the hernia sac can lead to postoperative neuralgia. The investigation of patients operated on in the period 2009–2012 plastynot pull methods. A sexplanted polypropylene mesh. Patients were divided into 2 groups, with a core-excision hernial sac was not applied in the control group hernial sac was removed. Assess the nature of postoperative pain. The results showed that high ligation and cutting off the hernial sac contribute to more frequent occurrence of pain in the postoperative period.

Key words: Inguinal hernia, hernioplasty, postoperative pain.

Введение

Паховые грыжи являются одним из самых распространенных заболеваний. Заболеваемость грыжами в разных возрастных группах имеет некоторые различия: около 14 грыженосителей на 1000 населения в возрасте 25–35 лет, 55 на 1000 в возрасте 55–64 года [2, 4, 5]. Ежегодно в мире выполняется более 20 млн. операций по поводу грыж, из них в России – свыше 200 000 [1, 2].

В настоящее время считается, что ненатяжные способы аллогерниопластики являются безболезненными

методиками в сравнении с натяжными видами герниопластик [5, 7, 9]. Такое утверждение основывается на отсутствии основной причины послеоперационных болей – натяжения тканей, участвующих в пластике. Однако послеоперационный болевой синдром все же присутствует и при использовании искусственных протезов в паховой герниологии [4, 6, 8]. В таких случаях боли бывают слабой или же средней интенсивности. Иногда болевой синдром становится настолько выраженным, что пациенты испытывают трудности при пе-