

ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

А.А. Дударев, А.М. Сухоруков,
В.Н. Большаков, В.А. Дударев

Красноярский ГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

Эмпиема плевры является опасным осложнением воспалительных заболеваний легких, травм груди и оперативных вмешательств. За последнее десятилетие отмечается устойчивый рост заболеваемости острой пневмонией, которая в 4% случаев осложняется развитием эмпиемы плевры (Чучалин А.Г., 2009; Light R.W., 2006). Развитие методик малоинвазивной хирургии, оперативной торакоscопии нашло свое применение в лечении больных с острой метапневмонической эмпиемой плевры. Поиск критериев сроков выполнения тех или иных приемов оперативной торакоscопии, сроки выполнения этапных торакоscопий является и сегодня не решенной проблемой, что и определило цели к задаче нашей работы.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных эмпиемой плевры путем совершенствования хирургического пособия.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 209 больных эмпиемой плевры, находившихся в клинике городской больницы им. И.С. Берзона № 20 г. Красноярск с 2005 по 2010 годы. Среди наблюдавшихся больных было 170 мужчин и 39 женщин. Средний возраст пациентов составил $46,1 \pm 1,5$ лет. Референтную группу составили 103 пациента, получавших традиционное лечение, исследуемую группу – 106 больных, у которых изучалась эффективность внедряемых методов. У пациентов референтной группы с лечением проводилось по традиционному лечебному алгоритму. В исследуемой группе лечебная тактика зависела от степени ригидности легкого. У больных исследуемой группы для выбора метода программированных этапных торакоscопий, режима аспирации и определения показаний к выполнению оперативных вмешательств, наряду с общепринятыми критериями, нами использовалась оценка степени ригидности легкого. Ригидность легкого определяли во время рентгеноscопии при создании дозированного разряжения в плевральной полости. Выделяли пять вариантов нарушения расправления легкого (степеней ригидности).

Результаты и обсуждение: Выбор оптимального метода санации плевральной полости у больных закрытой распространенной и тотальной эмпиемой плевры с частично нарушенной способностью легкого к расправлению (I–II степень ригидности легкого) представлял известную сложность. С этой целью нами изучалась эффективность локальной протеолитической терапии, видеоторакоscопии и комбинации обоих методов. Пациентам группы с протеолитической терапией в плевральную полость в течение 6 дней вводили 200–400 ПЕ терридеказы. Пациентам группы с видеоторакоscопического лечения в течение 2-х сут плевральную полость промывали растворами антисептиков, а на 3-и сут под местной анестезией выполняли видеоторакоscопическую санацию плевральной полост-

ти. Для санации плевральной полости было использовано устройство УРСК 7Н-22, позволяющее измельчать фибриновые напластования без травматизации подлежащих тканей. Пациентам группы комбинированного лечения проводилась видеоторакоscопическая санация так же, как и у пациентов предыдущих групп, но в течение первых 2-х сут до и 3-х сут после видеоторакоscопической санации в плевральную полость вводили по 200–400 ПЕ терридеказы.

Выводы: Определение оптимальных сроков выполнения программированных этапных торакоscопий, сократить длительность первичного стационарного лечения больных с острой эмпиемой на 24% (на $9,32 \pm 1,2$ дней) и уменьшить время трудовой реабилитации в 1,29 раз. Выполненные в оптимальные сроки программированные этапные торакоscопии снижают процент формирования хронической эмпиемы плевры в 6,68 раз. Разработанные алгоритмы торакоscопического лечения позволяют стандартизировать тактику лечения и систематизировать известные и вновь предложенные оперативные приемы.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

В.А. Дударев, В.О. Складнева

Красноярский ГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

E-mail авторов: dudarev-va@yandex.ru

Своевременная и точная диагностика абсцессов печени является одной из актуальных проблем хирургии. Дифференциация от других очаговых изменений, характеризующихся большим разнообразием, остается сложной задачей.

Цель работы: определение возможностей применения ультразвука в диагностике и неотложном лечении бактериальных абсцессов и кист печени.

Материалы и методы. За 7 лет в клинике лечились 22 ребенка с бактериальными абсцессами печени и 25 детей с непаразитарными кистами печени. Среди них было 26 девочек и 21 мальчиков в возрасте 5–14 лет. Применены (в различных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, УЗИ или КТ, лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого абсцесса или кисты. Для УЗИ использовали аппарат «Dornier-5200» в режиме цветного доплера с применением датчиков 3,5 и 5 МГц. Чрескожные диагностические пункции выполнялись иглами 18–22G. Дренажирование абсцесса или нагноившейся кисты проводили путем установки дренажа по Сельдингеру. Для билиарного дренирования применяли самофиксирующиеся дренажи «Meadox» и «Cook».

Результаты и обсуждение. В зависимости от времени существования (фазы формирования или уже сформировавшихся) абсцессы печени характеризовались относительной четкостью контуров, наличием пиогенной оболочки, гетерогенностью внутреннего

содержимого, близкого к жидкостному, иногда наличием отека по периферии. При УЗИ абсцессы были гипоехогенными, с бесструктурным участком в центральной части, с формированием впоследствии эхогенной полости с жидкостью. Цветовое доплеровское картирование, энергетический доплер, эхоконтрастное усиление показали бессосудистость паразитарной кисты, плавное оттеснение сосудов по периферии. При абсцессах у 26% пациентов определялись цветочные пятна, главным образом перикистозно, где при спектральном анализе регистрировался венозный тип кровотока. В 6 случаях встретились диагностические трудности, когда отсутствовал симптом «усиления» и внутри кисты содержались эхопозитивные структуры. При КТ-исследовании абсцессы имели пониженную плотность, либо плотность жидкости (10-20 ед.Н), при МРТ – высокий сигнал в T2- и пониженный в T1-взвешенном изображении. Зона отека вокруг абсцесса отчетливо визуализировалась при МРТ, что помогло дифференцировать абсцесс с кистами и гемангиомами. После внутривенного усиления при КТ и МРТ накопление контрастного вещества происходило в области капсулы и вокруг образования, полость абсцесса контраст не накапливала. Максимальное значение общей диагностической точности КТ – параметров достигало 88,2% (усиление плотности стенок образования при внутривенном контрастировании), а специфичности – 94,8% (резко гиподенсный характер образования), МРТ – параметров 90,8% и 97,3% соответственно. Эффективность пункционных дренажных вмешательств при УЗИ составила 93%. Осложнения наблюдались у 2 (4,2%): желчеистечение-1, дислокация и выход дренажа из полости абсцесса-1. Срок дренирования 13-27 дней. Летальных исходов не было.

Выводы. Таким образом, поиск и верификацию очага в печени следует начинать с УЗИ, которое обладает высокой информативностью и неинвазивностью. Чрескожная пункция и дренирование абсцессов и кист печени под контролем УЗИ, является альтернативой травматическому хирургическому вмешательству и этапом предоперационной подготовки. Интервенционная сонография должна шире применяться в неотложной хирургии бактериальных абсцессов и кист печени.

ВЛИЯНИЕ СПЛЕНЭКТОМИИ НА ЧАСТОТУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

И.И. Ена, Н.А. Шаназаров

ОКБ, г. Томск, Россия
Тюменская ГМА, г. Тюмень, Россия

В настоящее время хирургическое лечение при раке желудка (РЖ) является основным радикальным методом лечения, обязательно включающим лимфодиссекцию различного объема. При этом лимфодиссекция при РЖ, по-прежнему, остается предметом постоянных дискуссий. По-прежнему остро стоит вопрос целесообразности спленэктомии, как компонента расширенной лимфодиссекции, а также влияние спленэктомии на послеоперационное течение и отдаленные

результаты, что и определяет актуальность нашего исследования.

Цель исследования: сравнительный анализ характера и частоты развития послеоперационных осложнений после расширенной гастрэктомии со спленэктомией и без спленэктомии.

Материал и методы.

Влияние спленэктомии на частоту послеоперационных осложнений изучено на основе результатов хирургического лечения 120 больных раком желудка. Все обследованные больные были разделены на 2 группы в зависимости от объема хирургического лечения. 1 - основную группу - составили 60 больных, подвергшихся расширенной гастрэктомии со спленэктомией при хирургическом лечении рака желудка. 2 - контрольную группу - составили также 60 больных, которым была выполнена расширенная гастрэктомия без спленэктомии. По всем прогностическим параметрам обе группы были идентичными, так как при отборе больных мы руководствовались принципом сопоставимости групп, что позволяет объективно оценить проведенные методы лечения.

Результаты исследования. Достоверных различий по частоте и характеру послеоперационных осложнений как после расширенной гастрэктомии со спленэктомией, так и после гастрэктомии без спленэктомии нами получено не было. Мы считаем, что расширение объема операции до спленэктомии не влияет на частоту несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза, развитие поддиафрагмальных абсцессов и легочно-плевральных осложнений - частота их была достаточно низкой и идентичной частоте как после расширенной гастрэктомии со спленэктомией, так и в контрольной группе. Низкую частоту одного из наиболее частых и специфических осложнений расширенных операций со спленэктомией - развитие поддиафрагмальных абсцессов - мы объясняем более тщательным гемостазом, неоднократной санацией брюшной полости антисептическими растворами на различных этапах операции, а также применением в основной группе больных разработанного нами метода дренирования левого поддиафрагмального пространства после спленэктомии. Известно, что основным критерием в оценке эффективности любого вида лечения, определяющего его состоятельность, является продолжительность жизни больных, т.е. отдаленные результаты. В наших исследованиях выживаемость больных, которым произведена спленэктомия, и в группе оперированных без спленэктомии, не имела существенных различий, что может служить свидетельством правильной постановки показаний к выполнению спленэктомии при хирургическом лечении рака желудка.

Выводы.

Показания к спленэктомии необходимо решать индивидуально с учетом прогностических факторов. Несмотря на практически одинаковую одногодичную выживаемость в сравниваемых группах, трехлетняя выживаемость в группе со спленэктомией достоверно ниже, чем в спленосохранной группе. Предложенный нами способ дренирования левой поддиафрагмальной области после спленэктомии с резекцией хвоста под-