

Оперированы в экстренном порядке. При этом у 2 больных имела место контузия ПЖ с множественными кровоизлияниями в паренхиму без явлений посттравматического панкреатита, у 1 больного (18 лет) имел место поперечный разрыв ПЖ на границе головки и тела с повреждением Вирсунгова протока и разрыв нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки ниже уровня большого дуоденального сосочка (данному больному произведена марсупиализация сальниковой сумки, санация, дренирование брюшной полости и ушивание двенадцатиперстной кишки на зонде, через 40 суток больной умер от геморрагического синдрома на фоне больших потерь кишечного содержимого через наружный дуоденальный свищ). У 1 больного ушивание раны двенадцатиперстной кишки сочетали с дистальной резекцией 1/3 желудка на длинной петле и соустьем по Брауну + дуоденопластикой серозно-мышечным лоскутом антрального отдела желудка в виде чулка на питающей ножке (т.к. при дистальной резекции были сохранены *a. gastrica dextra et a. gastroepiploica dextra*), у другого больного с огнестрельным ранением левой почки, двенадцатиперстной кишки, нисходящей ободочной кишки, контузией ПЖ выполнили нефрэктомии, операцию Гартмана с сигмостомой, и обходной гастроэнтероанастомоз с соустьем по Брауну. В течение 1 месяца у больного наблюдались значительные дуоденальные потери через наружный дуоденальный свищ.

Таким образом, диагностика закрытых повреждений ПЖ без явлений перитонита должна состоять из четко последовательных методов исследования: клинический осмотр, обзорная рентгенография органов брюшной полости, ультрасонография, МРХПГ, диагностическая лапароскопия с телевизионным мониторингом органов брюшной полости; у крайне тяжелых больных с клиническими проявлениями посттравматического панкреатогенного шока методом выбора является лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки (как первый этап хирургического пособия); при сочетании повреждений ПЖ и двенадцатиперстной кишки обязательным условием сочетанной операции является выключение двенадцатиперстной кишки из пассажа кишечного содержимого.

М.В. Тимербулатов, А.Е. Алехин, Ф.М. Гайнутдинов, А.В. Куляпин, П.Б. Павлов, А.А. Ибатуллин

ВОЗМОЖНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИАНАЛЬНОГО КОНДИЛОМАТОЗА ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЙОДАНТИПИРИН

**ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)
Городская клиническая больница №21 (г. Уфа)
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)**

Перианальный кондиломатоз является одним из распространенных вирусных заболеваний, передающихся половым путем (Тимербулатов В.М., 1993; Скрипкин Ю.К., 2001). Заболевания наиболее часто встречаются у молодых людей в возрасте от 18 — 35 лет, и причиняет больным страдания физического, психического и социального характера. В России в 2003 году было зарегистрировано 29,7 тысяч больных остроконечным кондиломатозом, что составило 20,1 случая на 100 тыс. населения (Кулаков В.И., 2003).

Необходимо учитывать, что полного излечения от ВПЧ-инфекции в настоящее время достичь невозможно, так как инфекция длительно персистирует и не проявляет себя как при клиническом, так и при лабораторном исследованиях. Учитывая имеющиеся данные, цель лечения заключается в удалении экзофитных кондилом, а не в элиминации возбудителя. Различные терапевтические методы в 50 — 94 % случаев эффективности в отношении наружных перианальных кондилом, уровень рецидивирования составляет 25 % в течение 3 месяцев после лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение методов комплексного лечения перианального кондиломатоза с применением йодантипирина.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основной группе было 25 (62,5 %) пациентов с остроконечными перианальными кондиломами и 15 (37,5 %) с папилломами перианальной кожи и промежности. В контрольной группе было 24 (66,7 %) пациента с остроконечными перианальными кондиломами и 12 (33,3%) с папилломами перианальной кожи и промежности. Группы были идентичны по полу и возрасту. Средний возраст больных составил $27,4 \pm 4,6$ лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Лечение проводилось после полного клинического обследования пациентов, в том числе и на венерические болезни. Кондиломы удалялись хирургическим путем электрическим скальпелем «Сургитрон». При множественных кондиломах при иссечении кондилом оставались «кожные мостики» между ранами не менее 2,0 мм. В случае больших дефектов кожи после хирургического лечения проводи-

лась кожная пластика. Удаленные новообразования в обязательном порядке направлялись на гистологическое исследование. Малигнизации не выявлено ни в одном случае.

В основной группе пациенты получали йодантипирин 100 мг 2 раза в день 25 дней и 50 дней по 100 мг 1 раз в день. В контрольной группе лечение проводилось по традиционной методике. Послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах не наблюдалось. В основной группе больные находились на стационарном лечении $6,2 \pm 2,1$ дня, в контрольной $7,3 \pm 2,5$ дня. Рецидив заболевания наступил у 4 больных (11,1 %) контрольной группы и у 1 больного (2,5 %) основной группы.

ВЫВОД

Комплексное лечение перианального кондиломатоза с применением радиохирургического иссечения и препарата йодантипирин позволило сократить сроки госпитализации и количество рецидивов заболевания.

**М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, Т.Н. Хафизов, Е.И. Сендерович, А.В. Куляпин,
А.А. Ибатуллин**

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

**ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)**

Малоинвазивные методики лечения широко применяются во многих областях хирургии, но мнение большинства исследователей по поводу применения их в лечении онкологической патологии до последнего времени было достаточно сдержанным. Этот факт был обусловлен, прежде всего, онкологическими концепциями: необходимостью обширной мобилизации толстой кишки, резекции большого ее сегмента с брыжейкой и региональными лимфатическими узлами.

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения больных с колоректальным раком путем внедрения эндохирургических оперативных вмешательств.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2006 году в нашей клинике оперировано 11 больных с колоректальным раком. Мужчин было 5 (45,5 %), женщин 6 (54,5 %). Возраст больных колебался от 54 до 69 лет. Подготовка кишечника больных проводилась препаратом Фортранс. У 5 пациентов по поводу рака правой половины ободочной кишки выполнена правосторонняя лапароскопически ассистированная гемиколэктомия, у 3 больных с раком нисходящего отдела ободочной кишки выполнена лапароскопически ассистированная гемиколэктомия слева. Одной больной выполнена резекция сигмовидной кишки. 2 пациентам произведена передняя резекция прямой кишки по поводу рака прямой кишки, в обоих случаях опухоль располагалась на расстоянии 12 – 13 см от ануса.

Оперативные вмешательства выполнялись по поводу рака толстой и прямой кишки $T_{2-3}N_0M_0$ у 8 пациентов, $T_3N_2M_0$ у 3 больных. Мобилизация кишки с опухолью осуществлялась в стандартном объеме в зависимости от локализации, единым блоком с клетчаткой и лимфатическим аппаратом. При мобилизации кишки мы использовали гармонический скальпель, что позволяло проводить многие этапы операции на совершенно сухом операционном поле. Обработка сосудов производилась электрохирургическим генератором LigaSure с 10 мм аппликатором для лапароскопической хирургии LigaSure Atlas.

При выполнении гемиколэктомий, после этапа мобилизации кишки с опухолью, производился мидоступ (длинной от 4 до 6 см) в правом или подреберье, левой подвздошной области, в зависимости от локализации опухоли и конституции пациента. В рану выводился пораженный участок кишки, производилось ее пересечение и наложение экстракорпорального анастомоза.

При выполнении передней резекции прямой кишки мы применяем линейные степлеры и циркулярные сшивающие аппараты.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Длительность операции составляла от 1,5 до 3,5 часов. Конверсий не было. К интраоперационным осложнениям можно отнести кровотечение при выделении нижней брыжеечной артерии, остановленное с применением аппарата LigaSure. У одной больной выполнена симультанная операция – лапароскопическая холецистэктомия. Течение послеоперационного периода было гладким. Перистальтика ки-