

використовували глутаргін нормалізація біохімічних показників відбулась на 4,23 дні раніше.

Висновки

Таким чином, при достатньо довгому існуванні запального процесу жовчного міхура патологічні зміни розповсюджуються на його ложе та печінку, що викликає її функціональні та морфологічні зміни, тому застосування гепатопротектору глутаргину в комплексному хірургічному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу сприяє швидкому та якісному покращенню клініко-біохімічних показників і нормалізації функціонального стану печінки та фонові хронічної патології гепатобіліарної системи.

Література

1. Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П., Глушков Н.И., Летина Ю.В. Медведев В.Г. Печеночно-пузырные желч-

- ные ходы при лапароскопической холецистэктомии // Казанский медицинский журнал. –1994.-№ 2. –С. 97-98
2. Кахаров А. Лимфатические и кровеносные сосуды печени при остром и хроническом холецистите // Архив анат., гистол. и эмбриол.- 1975. –Т.69, Вып.8.-С.25-30
3. Кіт О.М., Гнатюк М.С., Варданець І.С. та інш. Стан згортальної системи крові та особливості структурної перебудови стінки жовчного міхура у хворих на гострий та хронічний калькульозний холецистит // Шпитальна хірургія.- 2001.-№ 2.-С.58-60
4. Пулатов А. Морфофункциональные изменения печени при холециститах в пожилом и старческом возрасте: Автореф. дис....канд.мед.наук. –Барнаул, 1982.-19 с.
5. Шевченко С.І., Шевченко Р.С., Сивожелєзов А.В. До питання лікування холестерозу жовчного міхура //Шпитальна хірургія.-2001.-№ 2.-С.192.
6. Kurzweil S.M., Shapiro M.G., Andrus C.H. et al. Hyperbilirubinemia with haut common bile duct abnormalities and hyperamylasemia with acute pancreatitis in pateints with gallbladder disease // Archives of surgery – 1994. – Vol. 129, № 8. – P.829-834.
7. Schachter P., Peleg T., Cohen O. Interval laparoscopic cholecystectomy in the management of acute biliary pancreatitis // HPB Surg.-2000.- V.11, №5.-P. 319-22

Реферат

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Жупанов О.А., Ошовський І.Н., Кравчук О.М.

Ключевые слова: хронический холецистит, морфологические изменения, оперативное лечение, глутаргин.

Распространения патологического процесса при хроническом холецистите на его ложе и печень вызовет ее функциональные и морфологические изменения. Применения гепатопротекторного препарата глутаргина до и после операции в больных хроническим холециститом оказывает содействие более быстрому улучшению клинико-биохимических показателей и благоприятное течение послеоперационного периода.

УДК 616.37 – 006 – 036.11

КРИОДЕСТРУКЦИЯ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ

Запороженко Б.С., Шишлов В.И., Шаранов И.В., Горбунов А.А.

Одесский областной медицинский центр, г. Одесса

Обобщен опыт криодеструкции метастазов печени у 111 больных. У 71 больного изначально диагностировано метастатическое поражение печени, у 34 больных выявлены метастазы в отдаленном послеоперационном периоде и у 6 больных обнаружен рецидив метастазов после ранее выполненной криодеструкции. 83 больным произведена «открытая» криодеструкция, 28-лапароскопическая, что позволило увеличить продолжительность и качество жизни.

Ключевые слова: рак, метастазы, печень, криодеструкция.

Введение

Хирургические вмешательства у онкологических больных четвертой стадии заболевания имеют ограниченные показания. Наличие метастатического поражения печени делает проблематичным выполнение радикальных операций при раке любой локализации. У каждого третьего онкологического больного, независимо от локализации первичной опухоли, выявляются метастазы в печени, а при локализации первичной опухоли в желудочно-кишечном тракте и панкреатобилиарной зоне частота метастатического поражения печени еще выше [5].

Стандартным методом лечения метастазов является их электрокоагуляция или различные виды резекции печени. Альтернативой резекционным способом может быть криодеструкция метастазов, которая отличается относительно меньшей травматичностью, исключает интраоперационную кровопотерю, позволяет разру-

шить строго заданный объем ткани. Кроме того, отмечено усиление репаративных процессов в печени при криодеструкции ее отдельных участков, стимуляция иммунного статуса, увеличение продолжительности и качества жизни этой группы больных [2].

Развитие криохирургии способствовало разработке и внедрению новых методов лечения с использованием криогенного воздействия как на первичный опухолевый узел, так и на метастазы опухоли в различные органы [3].

По данным некоторых авторов [1], во время резорбции очагов крионекроза в крови больного появляются опухолевые антигены, что способствует образованию специфических для данной опухоли антител. Сыворотка крови больных приобретает канцеролитические свойства.

Цель исследования – оценить возможности применения криодеструкции метастазов печени при лапаротомии или лапароскопии для улучшения отдаленных результатов лечения этой

категории больных.

Материалы и методы

У 71 больного изначально диагностировано метастатическое поражение печени. В комплексном лечении этой группы больных применена «открытая» криодеструкция метастазов. У 34 больных в отдаленном послеоперационном периоде обнаружены метастазы в печени, которые не были выявлены во время оперативного вмешательства по поводу основного заболевания. У 12 из них солитарные метастазы диагностированы во время реконструктивно – восстановительных операций, произведенных через 2-3 месяца после основной операции. Криодеструкция метастазов печени у этих 12 больных произведена также «открытым» способом. Остальным 22 больным ранее в сроки от 2-х до 18 месяцев назад были выполнены радикальные операции по поводу колоректального рака. Обследование показало отсутствие рецидива заболевания в области удаленного первичного очага. Этим больным выполнена лапароскопическая криодеструкция метастазов печени.

У 6 больных выявлен рецидив метастатического поражения печени после ранее произведенной криодеструкции. Им выполнена также лапароскопическая криодеструкция.

Мужчин было 82 (73,9%), женщин 29 (26,1%) в возрасте от 45 до 82 лет. Источником метастазов печени был колоректальный рак у 102 больных (96,2%).

Мы применяем аппарат «Криоэлектроника –4» с рабочей температурой аппликатора (-) 180⁰С, экспозиция цикла 3-5 мин. В качестве холодного агента используется жидкий азот.

«Открытым» способом криодеструкцию выполняли с использованием криозондов, которые накладывали на метастатический узел при его периферичном расположении или проводили непосредственно в опухолевую ткань.

Методика лапароскопической криодеструкции следующая: стандартная подготовка к лапароскопии и стандартная лапароскопия с наложением карбоперитониума. Выполняем ревизию органов брюшной полости с диссекцией имеющих спаек и мобилизацией печени. Определяем количество метастазов, их локализацию и размеры. Через отдельные порты в обоих подреберьях вводим специальный криозонд с диаметром аппликатора 4 –10 мм. В зависимости от величины метастаза и его локализации производим 2-3 цикла замораживание – оттаивание (патент 15671 Украина, МПК А 61 В 18/02).

Криохирургическое разрушение одиночных метастазов, расположенных по периферии печени, технически простое. Место нахождения зонда в опухолевом узле и мониторинг цикла замораживание – оттаивание осуществляли интраоперационными датчиками ультразвукового исследования. Объем зоны замораживания составляет от 40 до 180 см³ [4].

Результаты и их обсуждение

Объем и вид основного хирургического вмешательства зависел от локализации и распространенности онкологического процесса. Больным выполнены операции: гастрэктомия, брюшноанальная или передняя резекция прямой кишки, экстирпация прямой кишки, резекция сигмовидной кишки, правосторонняя или левосторонняя гемиколэктомия, операция Гартмана, панкреатодуоденальная резекция. Во время операции брали участки метастатического узла до и после криодеструкции.

В месте замораживания прекращается кровообращение, в результате чего происходит некроз метастатической ткани. Сразу после криогенного воздействия наблюдается отек и кровоизлияние. Отек играет ведущую роль в обеспечении гемостаза: окружающие ткани сдавливаются отеком, вследствие чего ограничивается кровообращение в метастатическом узле.

Метастатические узлы крайне чувствительны к низкой температуре и недостатку кислорода.

В раннем послеоперационном периоде (через 2 часа и через 6 часов) умерли двое больных от тромбоза легочной артерии. Гистологическое исследование узлов после криодеструкции показало некроз опухолевой ткани, тени разрушенных опухолевых комплексов и состояние некробиоза фиброзного компонента. На границе метастаза и паренхимы печени некроз опухолевого узла, некробиоз печеночных клеток (просматриваются измененные дольки печени и веточки печеночной артерии).

После криовоздействия на крупные метастазы в печени полностью рассасываются мелкие метастазы, которые не были подвергнуты криовоздействию. Это может быть обусловлено тем, что в результате криодеструкции опухолевой ткани в сосудистое русло, прежде всего в сосудистое русло печени, выделяется специфический опухолевый антиген, вызывающий образование противораковых антител, вследствие чего сыворотка больного приобретает канцеролитические свойства [1].

На месте разрушенного криовоздействием метастатического очага происходит разрастание соединительной ткани. Спустя 1 – 1,5мес. с момента криовоздействия четко видна морфологическая граница замещения ткани печени соединительной тканью.

Отдаленные результаты изучены у всех больных, которым проводилась криодеструкция метастазов печени. К концу первого года жизни после операции умерло 14,2% больных, к концу второго года – 36,7%. У 22 больных выявленные метастатические узлы печени подвергнуты лапароскопической криодеструкции. Гистологическое исследование подтвердило картину первичной опухоли (аденокарцинома).

Продолжительность жизни больных в послеоперационном периоде зависит от количества, размеров и локализации метастазов, правиль-

ного выбора режима криодеструкции и сочетания криодеструкции с другими методами лечения. У 6-ти больных с рецидивом метастазов печени произведена лапароскопическая криодеструкция. В зонах ранее произведенной криодеструкции определялись едва заметные фиброзные участки, верифицированные гистологически.

Выводы

Криогенная деструкция позволяет задержать рост опухолевых клеток, ликвидировать болевой синдром, что способствует продлению жизни больного и улучшению качества жизни.

Лапароскопическая криодеструкция солитарных метастазов печени, выявленных в отдаленные сроки после резекции первичного очага, может быть рекомендована при расположении очагов в доступных для хирурга сегментах печени. В остальных случаях удаления метастазов печени или их криодеструкция выполняется «от-

крытым» доступом.

Эффективность криогенного разрушения метастазов печени по отдаленным результатам практически не уступает резекциям печени.

Литература

1. Гриневич Ю.А., Храновская Н.Н. Дендритные клетки и перспективы их использования в иммунотерапии больных со злокачественными новообразованиями // Журнал АМН України. - 2003. - № 4. - С. 736 – 753.
2. Даценко Б.М., Сандомирский Б.П., Тамм Т.И., Даценко А.Б., Мурадов Т.Р. Локальная криодеструкция печени // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – т.3, № 3. – С. 269.
3. Корпан М.М. Криохірургія раку печінки та підшлункової залози у XXI сторіччі. Новизна та перспективи // Клін.хірургія. – 2006. - № 9 (додаток). – С. 121-123.
4. Корпан М.М., Жарков Я.В., Гохвартер Г., Зельнер Ф. Сучасна криохірургія раку печінки та підшлункової залози // Вісник морської медицини. – 2001. - № 2. – С. 5-7.
5. Шалимов С.А., Литвиненко А.А. Криогенная деструкция метастатического поражения печени // Научный вестник Ужгородского университета. Серия: Медицина. – 2001. - Вип. 10. – С. 226- 227.

Реферат

КРИОДЕСТРУКЦИЯ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНКИ

Запороженко Б.С., Шишлов В.І., Шарапов І.В., Горбанів А.А.

Ключевые слова: рак, метастазы, печенька, криодеструкция.

Узагальнено досвід криодеструкції метастазів печінки в 111 хворих. У 71 хворого споконвічно діагностовано метастатична поразка печінки, у 34 хворих виявлені метастазы у віддаленому післяопераційному періоді й у 6 хворих виявлений рецидив метастазів після раніше виконаної криодеструкції. 83 хворим зроблена «відкрита» криодеструкція, 28-лапароскопічна, що дозволило збільшити тривалість і якість життя.

УДК:616-007.43-036.6-089

ХИРУРГИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ, БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ И ГРЫЖ ТАЗОВОГО ДНА

Колесников С.А., Горелик С.Г., Косовский Ю.А.

Белгородский государственный университет.

Белгородская муниципальная городская клиническая больница № 1, г. Белгород, Россия

Изучены результаты хирургического лечения больных с рецидивными грыжами с использованием базового набора «мини-ассистент» и разработанного нами инструмента. При рецидивных паховых грыжах применяли поперечный доступ типа Nuhus. Раневые осложнения были в 0,8% случаев, ишемический орхоэпидидимит – в 0,1%. Рецидивы – около 1% больных. При рецидивных бедренных грыжах использовали модифицированный способ Rives. Осложнений при применении данного способа не обнаружено. Для лечения грыж тазового дна нами разработан операционный доступ через заднюю стенку пахового канала и инструмент ретрактор. Осложнений и рецидивов грыж не было.

Ключевые слова: рецидивная грыжа, базовый набор «лечение - ассистент», послеоперационные осложнения.

Введение

За последнее десятилетие достигнуто значительное улучшение результатов хирургического лечения больных с грыжами. Количество рецидивов заболевания в пределах 5% перестало быть необычным (А.Д.Тимошин, А.В.Юрасов, А.Л.Шестаков, 2003). Подобные результаты стали возможны благодаря внедрению в практику современных технологий. Прежде всего, это применение качественных протезных материалов. Преимущества применения протезирующих методик пластики при рецидивных грыжах признаны в настоящее время большинством отечественных и зарубежных хирургов. Однако налицо существенные различия к выбору оптималь-

ной протезирующей методике и операционного доступа (традиционного, лапароскопического, мини-доступа), а также технике выполнения герниопластики. Что касается грыж тазового дна, то травматичность предлагаемых оперативных доступов, а также результаты, полученные С.А.Колесниковым (1999), позволили нам считать целесообразным проведение топографо-анатомического исследования операционного доступа к грыжевым воротам дна полости таза через заднюю стенку пахового канала.

Цель работы – изучение возможности использования малоинвазивных технологий с применением стандартного хирургического набора инструментов «мини-ассистент» для лечения рецидивных паховых, бедренных грыж и грыж та-