

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. — М.: Триада-Х, 1998.
2. Евдокимов А.В. Морфофункциональная оценка гамет и их потенций при воздействии светом на морского ежа *Strongylocentrotus intermedius*: автореф. дис.... канд. биол. наук. — Владивосток, 2004.
3. Евдокимов В.В., Бирюкова И.В., Евдокимов А.В. // *Морфология*. — 2001. — Т. 120, № 6. — С. 75-79.
4. Лакин Г.Ф. Биометрия. — М.: Высшая школа, 1980.
5. Матюшевич В.Б., Солдатов А.И., Титов В.В. // *Тер. архив*. — 1997. — Т. 69, № 2. — С. 18-22.
6. Монич В.А., Монич Е.А., Малиновская С.А. // *Нижегородский мед. журн.* — 1992. — № 1. — С. 104—107.
7. Петухов Е.Б., Корнеев А.А. // *Терапевтический архив*. — 1997. — Т. 69, № 2. — С. 18-22.
8. Пагава Д.К., Караман К.Р. Морфофункциональные сдвиги при воздействии на организм монохроматическим красным светом. — Тбилиси: АНГССР, 1988.
9. Райхлин Н.Т., Кветной И.М. Диффузная эндокринная система. — М.: Медицина, 1991.

10. Тетерина Т.П. Свет, глаз, мозг. Принципы цветолечения. — Калуга: Облиздат, 1998.
11. Schurmann G., Bishop A.E., Facer P. et al. // *Histochem. Cell Biol.* — 1995. — Vol. 104. — P. 9-11.

Поступила в редакцию 26.10.05.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS AND THE MUCOUS MEMBRANE OF THE DUODENUM AFTER THE TREATMENT OF THE CHRONIC DUODENITIS BY RED LIGHT

A. V. Evdokimov, V.A. Nevzorova,
V.G. Kapitonova

City Hospital No. 1 (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

Summary — The influence of the red light on a mucous membrane of the duodenum was investigated at chronic duodenitis. Morphological changes were studied and the morphometric evaluation of the mucous membrane was carried out. Clinical features of duodenitis before and after the irradiation were simultaneously estimated. The clinical analysis has shown that at red light action on a mucous membrane of a gut the level of the neutrophils, lymphocytes and plasmocytes decreases, the edema and hypersecretion of mucosa decrease. Clinically it is expressed in the reduction of the symptoms of disease.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 1, p. 33-35.

УДК616.61-002.5-089.87:616.381-072.1](571.63)

С.А. Белов, К.В. Стегний, А.А. Гаврилов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗОМ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Приморский краевой противотуберкулезный диспансер (г. Владивосток),
Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: внелегочный туберкулез, лапароскопическая нефрэктомия.

В структуре урологической патологии в последнее время произошли существенные изменения: воспалительные заболевания мочевыделительных и половых органов вышли на первое место. По частоте среди хирургических заболеваний мочевыделительной системы туберкулез почки и мочевыводящих путей уступает только мочекаменной болезни. Туберкулез является причиной удаления почки в 21—34,5% случаев, как в прошлые годы, так и в настоящее время [3, 4, 6]. Высокая частота туберкулеза мочевыделительных органов в структуре заболеваемости внелегочным туберкулезом, достигающая 30—50,2%, отмечается в большинстве публикаций последних десятилетий [5, 7, 9]. Некоторые клиницисты считают, что современное возрастание частоты уротуберкулеза является относительным, связан-

ным с более медленным снижением заболеваемости, чем при других локализациях специфического воспалительного процесса [9, 10]. Другие авторы указывают на абсолютное повышение заболеваемости нефротуберкулезом [2, 11, 12].

Проблема хирургического лечения внелегочных форм туберкулеза приобрела в настоящее время особую актуальность. Этому способствовал ряд обстоятельств эпидемиологического и клинического характера. В современной эпидемиологической обстановке, при наличии сравнительно низких показателей заболеваемости, серьезное внимание привлекает контингент больных внелегочным туберкулезом. В его составе преобладают группы лиц с запущенными формами и тяжелыми анатомо-функциональными последствиями заболевания, нуждающиеся в медицинской и социальной реабилитации. Эффективное лечение здесь возможно лишь путем применения различного рода радикально-восстановительных и реконструктивных операций, направленных не только на устранение патологического процесса, но и на восстановление или существенную коррекцию функции пораженного органа [10].

Запущенные формы заболевания — это упущенные возможности своевременных радикальных оперативных вмешательств в целях удаления специфического очага. Многолетними клиническими и экспериментальными исследованиями доказано, что с возникновением казеозно-некротического фокуса наступает предел возможностей консервативных методов лечения. Последние способствуют лишь ограничению и фиброзной инкапсуляции воспалительного очага, а полное излечение возможно только

путем его экономного изъятия при помощи оперативного вмешательства. План хирургического лечения должен предусматривать не только ликвидацию специфического процесса, но и устранения вызванных им первичных и вторичных анатомо-функциональных нарушений.

Несвоевременность распознавания туберкулеза почек приводит к тому, что в настоящее время более чем у половины подобных пациентов диагностируется кавернозная форма заболевания. Методы оперативного лечения включают в себя выполнение не только органоуносящих, но и органосохраняющих вмешательств (резекцию почки, кавернотомию, кавернэктомия), а также реконструктивно-восстановительные операции при поражении мочеточников и мочевого пузыря. Удельный вес нефрэктомии в хирургической фтизиоурологии, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляет 66–86%. Несмотря на применение эффективных режимов химиотерапии, органоуносящие операции выполняются в среднем у 24,3% больных туберкулезом мочевой системы [4].

Согласно статистическим данным отделения урогенитального туберкулеза Приморского краевого противотуберкулезного диспансера, в среднем каждый четвертый больной туберкулезом мочевых органов подвергается нефрэктомии. Абсолютным показанием к удалению почки здесь являются:

- 1) пионефроз;
- 2) поликавернозный туберкулез почки со снижением ее функции и сохраняющимся бактериовыделением;
- 3) кавернозный туберкулез почки с язвенным уретритом и циститом;
- 4) вторично сморщенная почка с ренальной гипертензией.

К относительным показаниям относятся тотальное омертвление органа и «немая почка» небольших размеров. Число пациентов с относительными показаниями невелико — около 3%.

Высокая травматичность вмешательств на органах забрюшинного пространства объясняется прежде всего хирургическим доступом, в то время когда основной этап операции чаще всего минимален в сравнении с первым. Эндовидеохирургия позволяет значительно сократить травматичность хирургического доступа. Кроме того, эндовидеохирургия позволяет проводить саму операцию с большей анатомической точностью, выполнять манипуляции в труднодоступных местах (особенно это относится к органам малого таза) [1, 8]. Уменьшение травматичности без ущерба для объема лечения и точности основного этапа вмешательства приводят к повышению качества оперативного лечения, а также уменьшают тяжесть послеоперационного периода и количества осложнений, что заметно сокращает период реабилитации, дает хороший косметический эффект.

В отделении урогенитального туберкулеза Приморского краевого противотуберкулезного диспансера за вторую половину 2004-го — первую половину 2005 г. проведены 4 трансабдоминальных лапароскопических нефрэктомии. Все вмешательства выполнены на правой почке.

Показаниями послужили вторично сморщенная почка с ренальной гипертензией (2 случая), нефункционирующая («немая») почка в сочетании с камнем лоханки (2 случая). Доступ к органу осуществлялся через четыре порта, наложенных в типичных точках. Мочеточник после выделения клипировался тремя клипсами и пересекался. Затем выделялся нижний полюс почки и сосудистая ножка. Последняя прошивалась аппаратами Endo-GIA-30 (в одном случае) и TA-30 V-3 (в двух случаях) или раздельно клипировалась (одном случае). Затем выделялся верхний полюс почки. Препарат удалялся через мини-лапаротомный разрез длиной до 5 см. Ложе органа дренировалось трубкой, брюшина не ушивалась.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. На следующий день больные начинали ходить и принимать пищу, в интенсивной послеоперационной терапии и наркотических анальгетиках не нуждались. На 8–10-е сутки снимались швы, заживление ран происходило первичным натяжением. Клинико-лабораторные показатели оставались на удовлетворительном уровне, отмечалось снижение цифр артериального давления до нормальных. Все пациенты выписаны с выздоровлением. Таким образом, трансабдоминальная лапароскопическая нефрэктомия является одним из эффективных и малотравматичных способов хирургического вмешательства, который можно использовать в лечении больных с заболеваниями почек.

Литература

1. Антонов А.В. Эндовидеохирургические операции на почках и мочеточниках ретроперитонеальным доступом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1999.
2. Гарбуз А.Е. // Внегочный туберкулез — актуальная проблема здравоохранения. — СПб., 1997. — С. 11–14.
3. Гаспарян А.М., Ткачук В.Н., Шимкус Э.М. и др. // Современные вопросы урологии. — М., 1967. — С. 117–123.
4. Грунд В.Д., Шабад А.Л., Шапиро Л.А. // Туберкулез мочеполовой системы : руководство для врачей / Под ред. Т.П. Мочаловой. — М.: Медицина, 1993. — С. 56–137.
5. Камышан И.С., Погребинский В.М. Туберкулез мочевых органов. — Киев : Здоров'я, 1987.
6. Камышан И.С., Кириченко С.А., Камышан Е.И. Туберкулез мочевых и половых органов. — Киев: Здоров'я, 1995.

7. Павлова Л.П. // Урология. - 1983. - Вып. 17. - С. 90-93.
8. Степанов В.Н., Кадыров З.А. Атлас лапароскопических операций в урологии. — М. : Миклош, 2001.
9. Ткачук В.Н., Грунд В.Д. // Туберкулез мочеполовой системы : руководство для врачей / Под ред. Т.П. Мочаловой. — М. : Медицина, 1993. — С. 40-55.
10. Ткачук В.Н., Ягафарова Р.К., Аль-Шукри С.Х. Туберкулез мочеполовой системы. — СПб. : СпецЛит, 2004.
11. Туберкулез мочеполовой системы руководство для врачей / Под ред. Т.П. Мочаловой. — М. : Медицина, 1993.
12. Ягафарова Р.К. Особенности клиники, диагностики и оптимизация этиопатогенетической терапии мочеполового туберкулеза в современных эпидемиологических условиях : автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 1999.
- Поступила в редакцию 03.11.05.
- SURGICAL TREATMENT OF KIDNEY TUBERCULOSIS. FIRST EXPERIENCE OF THE TRANSABDOMINAL LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY IN PRIMORYE
S.A. Belov, K. V. Stegny, A.A. Gavrilov
Primorsky Regional Tuberculosis Hospital (Vladivostok), Vladivostok State Medical University
Summary — The tuberculosis is the reason for kidney removal in 21—34.5% of cases. Effective treatment is possible only by various sorts of the radical and reconstructive surgical procedures influencing not only the pathological process, but also the restoration or major correction of kidney function. In the Primorsky Regional Tuberculosis Hospital in 2004—2005 four transabdominal laparoscopic nephrectomies were done. The postoperative period was smooth. On 8—10 day stitches were removed, healing of wounds was primary.
- Pacific Medical Journal, 2006, No. 1, p. 35-37.

УДК616-001.45-089:616.381-072.1

А.Н. Курицын, В.К. Семенов, О.В. Пинчук,
В.В. Бояринцев

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ

Государственный институт усовершенствования
врачей Министерства обороны Российской
Федерации (г. Москва),
Военно-морской клинический госпиталь
Тихоокеанского флота (г. Владивосток),
Военно-медицинская академия (г. Санкт-Петербург)

Ключевые слова: огнестрельные ранения,
видеолапароскопия.

В современных военных конфликтах основой военно-медицинской доктрины является приближение специализированной помощи к району боевых действий, совершенствование эвакуации раненых. В этих условиях создаются предпосылки для использования в передовых госпиталях самых современных специализированных хирургических методов. Одним из перспективных направлений в улучшении диагностики и лечения раненых является применение эндовидеохирургии. Данная методика была использована нами при медицинском обеспечении контртеррористических операций в Чеченской Республике на базе гарнизонного госпиталя (г. Владикавказ). В ходе работы были изучены возможности применения эндовидеохирургии в условиях локальных военных конфликтов, разработаны показания, техника и методы проведения эндовидеохирургических операций при оказании хирургической помощи раненым с огнестрельными ранениями груди, живота, нижних конечностей на передовых этапах медицинской эвакуации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ

Видеоторакоскопия в диагностике и лечении ранений и травм груди стала широко применяться в 90-х годах XX века [1,2, 15]. Однако сообщений о ее использовании при огнестрельных ранениях груди в условиях полевого госпиталя в доступной литературе нам не встретилось. Специализированная хирургическая помощь была оказана 37 раненым с огнестрельными ранениями груди (18,1% от числа всех раненых). Относительно высокая частота таких ранений обусловлена догоспитальной сортировкой, при которой легкораненые направлялись в ОМЕДБ или центр для лечения легкораненых. У 23 пострадавших диагностированы проникающие ранения, что составило 62,2% от всех ранений груди. 18 раненым на предыдущем этапе (МОСН, ОМЕДР) в сроки от 20 до 90 мин. с момента ранения была оказана квалифицированная хирургическая помощь, заключающаяся в выполнении торакоцентеза, дренировании плевральной полости, первичной хирургической обработке ран. Одному раненому в МОСН была выполнена торакотомия, ушивание раны легкого. Четверо пострадавших были доставлены в госпиталь непосредственно с поля боя.

Сроки доставки раненых в госпиталь составили 1,5—22 часа и зависели от оперативной и медицинской обстановки. В приемном отделении выполняли общеклинические исследования крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенографию органов грудной клетки, электрокардиографию, определяли группу крови и резус-фактор. В 15 случаях были констатированы показания к оперативному лечению. В 10 из них состояние расценивалось как тяжелое и крайне тяжелое, что было обусловлено шоком, кровопотерей и дыхательной недостаточностью. При осмотре отмечались бледность кожных покровов, тахикардия, неустойчивая гемодинамика, неадекватное дыхание, тахипноэ. Это требовало