

После соответствующего лечения в течение недели, выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Развитие этих осложнений, в первое время нашей работы было связано с техническими погрешностями в ходе операции. У 10 пациентов в течении 2-3 дней наблюдались местные мышечные боли в месте введения троакара и иглы.

Результаты исследования

Почти у всех пациентов в течение одного-двух дней наблюдался полное исчезновение болевых симптомов.

Ближайшие результаты у всех больных были хорошо.

Оценка отдаленных результатов от 6 месяцев до 1,5 года проводилась клинико-рентгенологически при контрольных осмотрах. При этом был использован Европейский опросник качества жизни в 5 направлениях: мобильность, самообслуживание, бытовая активность, боль и дискомфорт, тревога и депрессия.

У 29 (96,6%) пациентов отмечено хорошие а только у одной больной, у которой наблюдалось дисцит послеоперационном периоде, фиксирован удовлетворительный результат вертебропластики.

Выводы

Таким образом, транскutánная вертебропластика при строгом соблюдении показаний и противопоказаний является одним из наиболее эффективных, малоинвазивных методов лечения при компрессионных переломах позвоночника на фоне остеопороза.

Литература:

1. Педаченко Е.Г. Пункционная вертебропластика / Е.Г. Педаченко, С.В. Куцаев //– К.: А.Л.Д., 2005. – 520 с.
2. Шотурсунов Ш.Ш. Перкутанная вертебропластика при лечении агрессивных гемангиом позвоночника / Ш.Ш. Шотурсунов // Материалы VIII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. Минск 2008.-485-486 с.
3. Cotten A. Percutaneous vertebroplasty: state of the art // A. Cotten, N. Boutry, B. Cortet // Radiographics. – 1998. – vol. 18 – p. 311-323.
4. Iqbal M.M. Osteoporosis: epidemiology, diagnosis and treatment. South Med. J/, 93 (1): 2-18.
5. Melton L.J. 3rd, Epidemiology of spinal osteoporosis. Spine, 22 (24 Suppl.): 1997. 2S-11S

УДК 616-089: 616-08-039.75

**Ахметханов С.Р., Куртасанов Р.С., Ахметов И.Н.
ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
РАЗРЕШЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ВЫЗВАННЫЕ РАКОМ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, АНТЕГРАДНЫМ ДОСТУПОМ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Кафедра медицинской биофизики
Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Российская Федерация
Государственное Автономное Учреждение Здравоохранения
Республиканский Клинический Онкологический Диспансер Министерства
Здравоохранения Республики Татарстан, Казань, Россия.

Akhmetkhanov S.R., Kurtasanov R.S., Akhmetov I.N.

**INTERVENTIONAL RADIOLOGICAL METHODS OF RESOLUTION
OF MECHANICAL JAUNDICE CAUSED BY PANCREATIC CANCER,
ANTEDRADE ACCESS. CLINICAL CASE**

Department of Medical Biophysics
Kazan State Medical University,
Kazan, Russian Federation
State Autonomous Institution of Health Republican Clinical Oncology Center
of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia.

Контактный e-mail: Salavat.akh@gmail.com

Аннотация. Цель нашей работы провести внеплановую операцию на желчные протоки и оценить стадии лечения совместно с отделением общей хирургии. Результат. Пациенту поставлен наружно - внутренний дренаж с последующим направлением на поджелудочно-дуоденальную резекцию. Так как больной был нерезектабелен, был установлен стент. Выводы. Данный метод паллиативного лечения значим и эффективен в онкологическом диспансере. У больной с механической желтухой за короткие сроки улучшилось состояние, желтушность спала.

Annotation. The aim of our work to conduct an unscheduled operation on the bile ducts and evaluate treatment stage together with the department of general surgery. Result. The patient is placed externally - internal drainage, followed by the direction of the pancreatic - duodenal resection. Since the patient was unresectable was installed stent. Conclusions. This method of palliative treatment is significant and effective in Oncology Center. In patients with obstructive jaundice in the short term improvement in the state, yellowness slept.

Ключевые слова: Онкология, Хирургия, Интервенционная радиология, Паллиативное лечение.

Keywords: Oncology, Surgery, Interventional Radiology, Palliative care.

Введение

Вмешательства на желчевыводящих путях - это малоинвазивные процедуры, которые проводятся с целью лечения закупорки или сужения желчных протоков. Желчь - это биологическая жидкость, которая участвует в процессах пищеварения. Она вырабатывается клетками печени, а затем по системе желчных протоков и ходов поступает на хранение в желчный пузырь.

При необходимости желчный пузырь сокращается, и желчь попадает в тонкий кишечник.

При закупорке желчевыводящих путей нарушается поступление желчи в двенадцатиперстную кишку, что приводит к развитию желтухи, при которой нарастает содержание желчных кислот в крови. При выраженной желтухе отмечается изменение цвета кожи и склеры (белочной оболочки глаза), которые приобретают желтый оттенок.

В последние три десятилетия в мировой медицине все более широкое распространение приобретают малоинвазивные методы диагностики и лечения, осуществляемые под лучевым (рентгеноскопия, УЗИ, КТ, МРТ) наведением и контролем. В мировой практике они называются интервенционными радиологическими методами. У онкологических больных с обструкцией желчных протоков они позволяют: решить вопрос о характере и причинах желтухи, не прибегая к хирургическому вмешательству осуществить декомпрессию билиарного тракта, устранить желтуху и холангит, в короткие сроки выполнить диагностические мероприятия и создать предпосылки для проведения радикального лечения.

Цель исследования - провести внеплановую операцию на желчные протоки и оценить стадии лечения совместно с отделением общей хирургии

Разбор клинического случая

В ГАУЗ МЗ РКОД поступил больной с пожелтением склер и кожи, имевший в анамнезе рак поджелудочной железы и был направлен в отделение интервенционной радиологии. Для того чтобы приступить к оперативному вмешательству, необходимо провести предоперационный осмотр печени под УЗИ контролем. После определения уровня блока и выбора места пункции, пациенту делается укол наркотическим анальгетиком тримеперидином (промедол).

Первым этапом операции является ход Чибовской (20 см) иглы под УЗИ контролем в левый долевой проток. Попадание в желчный проток свидетельствует вытекание желчи из иглы. Для последующих действий мы провели этап холангиографии, чтобы окрасить дерево желчевыводящих протоков. Затем проводим струну и катетор (КМР), имеющего направляющий кончик, чтобы поступательными движениями дойти до уровня блока. Снова проводим холангиографию, чтобы определить характер блока. (полный или неполный). В нашем случае оказался неполным, так как рентген контраст окрашивает рельеф двенадцатиперстной кишки, и мы решились установить наружно внутренний дренаж. Для этого заменяем струну на гидрофильный проводник (Road Runner), чтобы проскочить место сужения и оказаться в просвете двенадцатиперстной кишки. После проводится замена на струну и устанавливается наружно внутренний дренаж.

Через несколько недель биохимические показатели нормализуются. Больной направляется в отделение общей хирургии на осмотр для планирования поджелудочно-дуоденальной резекции.

Результаты и обсуждение.

Перед тем как начать операцию по удалению опухоли, нужно избавиться от осложнений, чтобы пациент был операбелен. Данную задачу решает в конкретном случае интервенционная радиология, являясь паллиативным лечением.

В нашем случае больной после установки наружно – внутреннего дренажа был операбелен, но нерезектабелен. Так как пациент чувствовал себя хорошо, нами был установлен стент.

Выводы

Тандемная работа отделений интервенционной радиологии и общей хирургии приводит к большой эффективности решения многих задач. Малоинвазивная хирургия удлиняет жизнь и предоставляет возможность и время вылечиться от онкологических заболеваний.

Литература:

1. Долгушин Б. И. «Эндобилиарная интервенционная онкорadiология» / Б. И. Долгушин, М. В. Авалиани, Ю. В. Буйденюк и др.; Под. Ред. Б.И.Долгушина – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2004. – 224 с.: ил.
2. Долгушин Б. И. «Интервенционная радиология в онкологии»/ Б. И. Долгушин //- Приволжский онкологический вестник, 2010.
3. Охотников О.И. «Антеградное чреспеченочное эндобилиарное гибридное стентирование при опухолевой механической желтухе». / Охотников О.И., Яковлева М.В., Калущкий А.П. //- Российский онкологический журнал, 2016; 21.
4. Савельев В. С. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства при механической желтухе: Метод. Рекомендации / В. С. Савельев, В. И. Прокубовский, М. И. Филимонов и др. – М., 1989.
5. Смирнов Е. В., Попов С. Д. «Реконструктивные операции на желчных путях», - Л., 1969.

УДК 617.55

Э.И. Булаева, К.А. Кубасов, С.А. Чернядьев МОДЕЛИРОВАНИЕ ПЕРИТОНИТА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА

Кафедра хирургических болезней ЛПФ
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, РФ

E.I. Bulaeva, K.A. Kubasov, S.A. Chernyadyev, CREATING PERITONITIS IN EXPERIMENTAL CONDITIONS

Department of surgical diseases
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation