

Материалы и методы. Обследованы 72 больных раком поджелудочной железы (РПЖ), которым в зависимости от локализации и распространенности процесса проводились следующие оперативные вмешательства: панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – 38 больным (мужчин (м) – 11, женщин (ж) – 27), средний возраст $67,21 \pm 6,31$ года; дистальная резекция (ДР) – 11 больным (м – 3, ж – 8); средний возраст $61,3 \pm 7,23$ года; тотальная панкреатэктомия – 23 больным (м – 13, ж – 10), средний возраст $64,27 \pm 6,31$ года. Больным после резекций ПЖ проводились исследования С-пептида в крови и фекальной эластазы (Е1) иммуноферментным методом до оперативного вмешательства и через 3 мес. после.

Результаты. Уровень С-пептида у больных до операции ПДР составил $1,43 \pm 0,51$ нг/мл, после – $1,24 \pm 0,46$ нг/мл, Е1 до операции – $304,1 \pm 185,6$ мкг/г, после – $33 \pm 27,09$ мкг/г. У больных до операции ДР уровень С-пептида составил $2,61 \pm 1,03$ нг/мл, после – $1,17 \pm 0,51$ нг/мл, Е1 соответственно $467,57 \pm 152,23$ мкг/г и $138 \pm 35,01$ мкг/г. У больных, перенесших панкреатэктомию, уровень С-пептида и Е1 был равен 0. Из всех больных, перенесших ПДР, сахарный диабет (СД) до операции был выявлен у 3 пациентов, после операции СД развился еще у 7 больных. У перенесших ДР: 1 больной страдал СД до операции и у 3 больных СД развился после операции.

Таким образом, после ПДР развивалась экзокринная недостаточность преимущественно тяжелой степени, а при ДР – средней степени тяжести, что может быть связано с распределением РР-клеток, секретирующих панкреатический полипептид, преимущественно в головке ПЖ. После тотальной панкреатэктомии СД и тяжелая экзокринная недостаточность определялись у всех больных.

Заключение. Тотальная панкреатэктомия приводит к развитию тяжелого СД и тяжелой экзокринной недостаточности ПЖ в 100%, тогда как ПДР и ДР являются значительным фактором риска их развития.

Опыт применения грудной паравerteбральной блокады с седацией в хирургии молочной железы

Евдокимов Е.А., Карпун Н.А., Чаус Н.И., Соловьев В.С., Лыхин В.Н.
 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва;
 ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демидова ДЗМ», Москва;
 ООО Центр инновационных медицинских технологий, Москва

Введение. Грудная паравerteбральная блокада (ГПВБ) в сочетании с общей анестезией (ОА) обеспечивает хорошее обезболивание при операциях на молочной железе. В то же время для некоторых пациентов ОА нежелательна из-за факторов, включающих тяжелые сопутствующие заболевания, негативное отношение к ОА либо изначально категорический отказ от ОА. Мы представляем опыт проведения ГПВБ в сочетании с седацией как вариант анестезиологического обеспечения операции на молочной железе.

Материалы и методы. У 30 пациенток выполнялись различные по объему оперативные вмешательства по поводу рака молочной железы. Анестезиологический риск по МНОАР II–IV степени. Большинство пациенток (16 человек – 54%) были пожилого возраста, с серьезными сопутствующими заболеваниями. Из общего числа больных решительный отказ от проведения ОА высказали 10 пациенток (32%).

ГПВБ выполнялась в положении сидя под УЗ-навигацией сагиттальным латеральным методом при продольном положении иглы по отношению к датчику (in plane) на 1, 2 или 3-м уровнях унилатерально, с использованием 0,5% раствора ропивакаина 15 мл. В 10 случаях ГПВБ были выполнены на 2 уровнях (Т3 и Т5), у 3 пациенток – на 3 уровнях (Т3, Т5, Т6), а остальным 17 – на 1 уровне (8 пациенткам на Т3, 9 – на Т4). Для седации

использовался дексмететомидин в виде внутривенной инфузии 0,5–1 мкг/кг массы тела в течение 10 мин, с последующей коррекцией дозы в пределах 0,2–1,0 мкг/кг/ч для достижения уровня седации по RASS –2 ... –3 балла. При недостаточности анестезии внутривенно использовался фентанил.

Результаты. ГПВБ в последнее время претерпела возрождение благодаря усовершенствованиям в технологии ультразвука, предоставляя множество преимуществ, включая хорошую визуализацию плевры, движения иглы, распространения местного анестетика. Это позволяет вводить большие объемы местного анестетика на меньшее число уровней при одновременном достижении адекватного обезболивания.

В нашем наблюдении удовлетворительный комфорт пациентов, определяемый как отсутствие боли, ощущение спокойствия был достигнут во всех случаях. Существенных эпизодов апноэ не определялось. Дополнительное введение фентанила (до 0,2 мг) во время операции потребовалось у 6 пациенток (21%).

Заключение. Таким образом, ГПВБ под контролем УЗИ с седацией является эффективной и надежной формой обезболивания для операций на молочной железе у пациенток, которым проведение ОА нежелательно или представляет высокий риск. Важной составляющей нашей методики является тесное сотрудничество между анестезиологом и хирургом, что дает возможность подобрать качественный и безопасный метод ведения периоперационного периода для каждой конкретной пациентки.

Применение отрицательного давления в лечении ран после иссечения эпителиального копчикового хода

Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Горбунов И.Н., Вечорко В.И., Обухов В.К., Горюнов С.В.
 ГБУЗ «ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ», Москва;
 ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва

Цель исследования – оценить влияние отрицательного давления в лечении пациентов, перенесших иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев ран ко дну. Изучить влияние метода на ускорение сроков выздоровления и уменьшение сроков временной нетрудоспособности пациентов.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период с января 2014 по декабрь 2016 гг. В исследование были включены 33 пациента. Все пациенты были оперированы в объеме иссечения эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну. Контрольной группе из 18 (54,5%) пациенток в послеоперационном периоде проводилась традиционная терапия с использованием противомикробных мазей. В основную группу включены 15 (45,5%) пациентов, которым была выполнена установка портативного одноразового аппарата для вакуумной терапии ран.

Результаты. Время полного заживления раны у пациентов, получавших лечение раны отрицательным давлением, составило в среднем $14,3 \pm 1,49$ сут., а в контрольной группе – $24,0 \pm 2,6$ сут. Время нетрудоспособности пациентов зависело от характера труда пациентов и составило в среднем $13 \pm 1,39$ дней в основной группе и $21 \pm 2,71$ дня у пациентов контрольной группы. Данных за рецидив заболевания у пациентов обеих групп за 6 мес. наблюдения выявлено не было.

Заключение. Применение портативного аппарата для вакуумной терапии ран эффективно в лечении ран после иссечения эпителиального копчикового хода, позволяет достичь более быстрого выздоровления пациентов, скорейшего возвращения их к нормальной жизнедеятельности и труду, а также улучшает качество жизни пациентов за счет снижения выраженности болевого синдрома, ранней активизации и скорейшего возвращения к привычному образу жизни.