

Таким образом, у женщин Белгородской области развитие тяжёлых форм гестоза в большом проценте случаев было обусловлено некоторыми особенностями соматических и анамнестических показателей, что согласуется с данными других авторов и средними показателями по России.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИБС, ОСЛОЖНЕННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Ватолина Т.В.

*Учреждение РАМН НИИ Кардиологии
СО РАМН
Томск, Россия*

В группу наблюдения включены 57 пациентов. При поступлении стенокардия напряжения в среднем функциональный класс $2,88 \pm 0,09$. NYHA класс $2,5 \pm 0,09$. КДО составил $239,6 \pm 9,0$, КСО $160,2 \pm 7,6$, ФВ $33,2 \pm 1,3$, КСИ $86,1 \pm 4,2$, КДИ $121 \pm 5,0$, УО $75,6 \pm 3,6$.

Коронарное шунтирование проводилось 51 пациентам (89 %). Реваскуляризация ПНА у 50 (87 %), 3 из них (5,26%) ЧТКА. Вентрикулопластика выполнена 51 пациентам (89%), 40 по методике Дора (70,1%), 7 по Мениканти (12,2%), 4 (7,01%) линейные пластики аневризмы. Резекция аневризмы сопровождалась эндокардэктомией в 18 случаях (31,57%), тромбэндокардэктомией в 8 случаях (14%).

Пластика клапанов проводилась при 2 и более степени недостаточности, проводилась 11 пациентам (19,2%), пластика митрального и трикуспидального клапана (по Де Вега) 4 человекам (7,01%), пластика одного трикуспидального клапана (по Де Вега) у 1 (1,75%).

Все пациенты по отдаленным результатам оперативного лечения были разделены на 2 группы. В 1 группе 29 пациентов (80,5%), во 2-й – 7 (19,4%). Отмечалось достоверное снижение КДО на 92 мл, КСО на 86 мл, КСИ на 49,7, КДИ на 49,5; увеличение ФВ на 17%.

Сердечная недостаточность (по Стражеско-Василенко) 1 – у 27 человек (93,1%), 2а – у 2 человек (6,8%). По NYHA 1 ФК у 12 человек (41,3%), 2 ФК у 17 (58,6%) человек.

Все пациенты 2-й группы были прооперированы по методике Дора (сочетанной с АКШ). На операции у всех пациентов отмечался большой объем пораженного эндокарда (до основания папиллярных мышц), проводилась эндокардэктомия. Пластика клапанов не проводилась в связи с исходно низкой степенью митральной регургитации (0-1). Причиной ухудшения состояния 4-х человек было нарастание митральной недостаточности, за счет растяжения фиброзного кольца МК, и, как следствие легочной гипертензии.

В связи с тем, что рубцовоизмененный эндокард зачастую поражает значительную площадь, при использовании методики Дора, происходит деформация остаточной полости ЛЖ, которая приобретает сферическую форму за счет укорочения продольной оси ЛЖ. Увеличивается натяжение стенок ЛЖ, растягивается фиброзное кольцо МК, что в отдаленном периоде проявляется прогрессированием митральной регургитации, нарастанием легочной гипертензии. При сочетании вентрикулопластики по Дору и пластики МК этого не наблюдается, и результаты остаются удовлетворительными.

Методика Мениканти заключается в сохранении оптимального размера длинной оси и эллипсоидной формы ЛЖ. Используя макет ЛЖ, формируется верхушка, к которой подшивается край заплаты, другой край – к границе рубцовоизмененного миокарда межжелудочковой перегородки. Тем самым она располагается в косой проекции и не влияет на сокращение стенки ЛЖ. Избыток рубцовоизмененной ткани задней стенки ЛЖ сшивается гофрирующим швом, который является второй стенкой конусовидного новообразованного ЛЖ.

Выводы: 1. При дилатированной полости левого желудочка операцией выбора является вентрикулопластика в сочетании с реваскуля-

ризацией и пластикой клапанов при митральной недостаточности 2 и более степени.

2. При большой площади рубцовоизмененного миокарда эндокардэктомия и наложение кисетного шва по границе рубцовоизмененного миокарда (методика Дора) приводят к сферификации ЛЖ, что впоследствии вызывает увеличение степени митральной регургитации и нарастание легочной гипертензии.

3. Наиболее физиологичной является венстрикулопластика по Мениканти.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**Вертянкин С.В., Якубенко В.В.,
Трегубова А.В., Никитин Д.В.**

*Саратовский государственный
медицинский университет
Саратов, Россия*

Абсцессы брюшной полости, возникающие в послеоперационном периоде, продолжают оставаться актуальной проблемой в абдоминальной хирургии.

Частота таких гнойных осложнений как подпеченочный и межкишечный абсцессы после холецистэктомии по данным ряда авторов колеблется от 0,2 до 2,5 %.

Литературные данные свидетельствуют о сохраняющейся высокой летальности (20,7% – 58,2%) при послеоперационных абсцессах брюшной полости и гнойниках малого таза, что заставляет искать новые пути лечения гнойных осложнений послеоперационного периода.

Неинвазивность ультразвукового исследования сделала его методом выбора для контроля пункций и аспираций жидкостных образований брюшной полости.

Применение цветного доплеровского картирования позволяет дифференцировать сосудистые структуры и тем самым избегать возможных осложнений. Таким образом, показания к миниинвазивным вмешательствам постоянно расширяются.

Использование миниинвазивных вмешательств позволяет сократить число открытых операций по поводу ограниченных жидкостных образований брюшной полости.

С расширением спектра задач, решаемых с помощью ультразвуковых методик, возникла необходимость разработки диагностических критериев и алгоритмов использования, различных миниинвазивных технологий в лечении осложнений операций на органах брюшной полости.

Нами проведен ретроспективный анализ 28 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургических клиниках Саратовского государственного медицинского университета с послеоперационными абсцессами брюшной полости.

Больные по локализации абсцессов распределились следующим образом: 19 больных с подпеченочным абсцессом, 5 больных с поддиафрагмальным абсцессом, из них у 4 пациентов абсцесс локализовался справа, а у 1 - слева, 2 больных с абсцессами малого таза, 2 больных с межкишечными абсцессами.

У 22 больных абсцессы развились после выполненной холецистэктомии: 10 – после лапароскопической, у 12 – открытым способом. У остальных шестерых больных абсцессы развились после следующих операций: после ампутации матки – 1, после аппендэктомии – 2, после резекции желудка – 2, после правосторонней гемиколэктомии – 1.

18 пациентам нами были выполнены миниинвазивные вмешательства (группа сравнения). 10 пациентам была выполнена пункция и дренирование абсцессов брюшной полости под контролем УЗИ, и у 8 пациентов выполнялась, лапароскопическое дренирование абсцессов брюшной полости. Пункция и дренирование абсцессов проводилось по следующей методике: при УЗИ в брюшной полости выявлялось патологическое жидкостное образование, и определяли оптимальную траекторию пункционного канала, чтобы избежать повреждения расположенных рядом полых органов и круп-