

ВЕСТНИК
СМОЛЕНСКОЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ

2

1920-2004



СМОЛЕНСК 2004

Вестник Смоленской государственной медицинской академии.
Хирургический выпуск. Редакторы выпуска А.В. Бельков, Н.Ф. Фаращук.
Смоленск: Изд-во СГМА, 2004. - № 2, 170 с.

Главный редактор
В.Г. ПЛЕШКОВ

Редакционная коллегия:

Р.С. Богачев, А.И. Борохов, М.Н. Гомончук, Е.И. Зайцева, А.Н. Иванян,
С.А. Касумьян, Л.В. Козлова, СБ. Козлов. В.А. Милягин, О-В. Молотков,
Л.П. Нарезкина (отв. секретарь), С.С. Никулина, В.А. Правдивцев, А.С.
Соловьев, Н.Ф. Фаращук, А.Г. Шаргородский.

Адрес редакции - 214019, Россия, Смоленск, ул. Крупской, 28, тел.(0812) 55-02-75,
Факс: (0812) 52-01-51, E-mail: admuusgma@sci.smolensk.ru

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.441-006.03

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО УЗЛОВОГО ЗОБА: НУЖНА ЛИ ОПЕРАЦИЯ?

А.Н. Барсуков, Е.В. Киселёв

Смоленская государственная медицинская академия

Брянская областная больница

Проведен сравнительный анализ результатов лечения рецидивного узлового зоба традиционным способом – повторным оперативным вмешательством (115 наблюдений) и методом чрескожной склерозирующей терапии этанолом (61 пациент). Показано, что склерозирующая терапия является эффективной и альтернативой повторных операций у лиц с рецидивным узловым зобом в любом возрасте. Наибольший эффект от использования склерозирующей терапии характерен для рецидивных узлов в первые 3-4 года с момента их появления.

Рецидивный узловой зоб (РУЗ) в связи со значительным увеличением количества оперативных вмешательств на щитовидной железе (ЩЖ) является частой причиной повторных операций на этом органе. Способствуют рецидиву заболевания продолжающееся действие стромогенных факторов, нерадикальность операции, неадекватная заместительная гормонотерапия в послеоперационном периоде [2, 3, 9, 10].

По данным различных авторов, частота указанных вмешательств составляет до 5-7% от всех операций на ЩЖ [2, 8]. Известно, что вероятность рецидива узлового нетоксического зоба велика (13,7-31,3%) даже при лечении в условиях специализированного стационара, особенно при полинодозном зобе, непрерывно нарастая со сроками наблюдения [5, 9]. Так называемые «ложные» рецидивы диагностируются в первые 1-3 года после операции, «истинные» - в более поздние сроки [2, 3].

Особенностью оперативных вмешательств по поводу РУЗ является техническая сложность их корректного выполнения в связи с выраженным спаечным процессом и значительным изменением топографо-анатомических взаимоотношений органов шеи, трудностью их визуализации. Этими обстоятельствами объясняют значительную частоту специфических послеоперационных осложнений, таких как повреждение возвратных и верхне-гортанных нервов, гипопаратиреоз, регистрирующихся в 3-7 раз чаще, чем при первичных вмешательствах на ЩЖ [5, 9].

Медикаментозная терапия супрессивными дозами тиреоидных гормонов имеет немало побочных эффектов, особенно у пожилых пациентов и эффективна лишь у 15-31,6% больных с узловыми образованиями размером не более 2-3 см [8, 10]. У лиц с длительным анамнезом (более 7-10 лет) и большими размерами тиреоидных узлов (>3 см) не удаётся добиться уменьшения их объёма длительным приёмом тиреоидных гормонов даже в супрессивных дозах [8, 9, 10].

В связи с высоким риском послеоперационных осложнений в последние годы всё чаще публикуются сообщения об использовании чрескожной склерозирующей терапии этанолом (ЧСТЭ) для лечения рецидивного узлового зоба [1, 5, 8]. Наибольшим опытом обладают специалисты Челябинского центра эндокринной хирургии. На основании анализа полученных результатов они рекомендуют метод ЧСТЭ как выгодную альтернативу оперативному вмешательству, позволяющей значительно уменьшить количество осложнений [1].

Материал и методы исследования. Для объективной сравнительной оценки лечения РУЗ посредством оперативного вмешательства и ЧСТЭ мы провели анализ собственного клинического материала за последние 9 лет. Сравнивали результаты лечения у пациентов, которых после операции и ЧСТЭ наблюдали не менее 1 года.

В 1-ю группу вошли 115 пациентов в возрасте от 27 до 74 лет (все женщины), которых через 1,5-37 лет после первичной операции по поводу узлового зоба оперировали повторно по поводу рецидива в Брянской и Смоленской областных больницах. 2-ю группу (61 пациент) составили женщины в возрасте от 24 до 78 лет с рецидивом узлового коллоидного зоба через 1-32 года после первичной резекции ЩЖ, лечение у которых проводили методом ЧСТЭ.

Все пациенты подвергались стандартному набору исследований: осмотр, УЗИ, ТТГ, титр антител к микросомальной фракции тиреоцитов, тонкоигольная аспирационная биопсия, сцинтиграфия ЩЖ при подозрении на автономно функционирующий узел или аденому, рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода при симптомах механического сдавления органов шеи, ЭКГ и профиль АД. Непременным условием для проведения сеанса ЧСТЭ являлись: благоприятный цитологический анализ, наличие четких контуров образования, АД не выше 160/100 мм. рт.ст., эутиреоидное состояние и удовлетворительное самочувствие пациента. ЧСТЭ производилась без анестезии в положении лёжа на спине с валиком под шею или лопаточную область для придания запрокинутого кзади положения головы. Узловое образование после обработки кожной поверхности шеи спиртом фиксировалось пальцами левой руки. Стандартной одноразовой иглой размером 0,7x40 мм (22G) производили пункцию узла. Если получали коллоид, то удаляли его полностью, вводили в кистозную полость 96% этанол в объеме 1-3 мл, который извлекали через 1-2 минуты. Если инстиллировали этанол в солидное образование, то в один участок вводили не более 1 мл. Иглу извлекали и повторяли инстилляцию в соседнюю зону узловой паренхимы. За один сеанс даже для крупных узлов ($V > 20$ мл) опасно вводить более 3-4 мл этанола – возможно развитие выраженной воспалительной реакции, особенно, если узел расположен не интратиреоидно, а под фасцией, покрывающей ЩЖ [1]. Общий объем этанола, введенного в узловое образование за один сеанс, не должен превышать 20-30% объема узла. В противном случае этанол, просачиваясь через капсулу образования, вызовет повреждение интактных тканей [1, 4]. Полученные результаты. Результаты оперативного лечения рецидивного узлового коллоидного зоба представлены в таблице 1.

Таблица 1. Частота послеоперационных осложнений в зависимости от объема повторного оперативного вмешательства

Объем резекции ЩЖ	Количество оперированных больных	Послеоперационный гипотиреоз	Парез возвратного или верхнегортанного нерва	Гипопаратиреоз
Резекция в пределах I доли	13	3 (23,1%)	-	-
Субтот. резекция обеих долей	45	45 (100)	5 (11,1%)	4 (8,9%)
Гемиструмэктомия	28	26 (92,9%)	2 (7,1%)	1 (3,6%)
Тиреоидэктомия	29	19 (100%)	4 (13,8%)	7 (24,1%)
Итого	115	103 (89,6%)	11 (9,6%)	12 (10,4%)

Приведенные в таблице данные однозначно указывают на очень высокий риск специфических послеоперационных осложнений. У 9,6% оперированных диагностировано повреждение возвратного или верхнегортанного нервов. В трёх случаях двухстороннего пареза возвратных нервов в качестве экстренной помощи пришлось прибегнуть к трахеостомии. У 10,4% оперированных выявлен гипопаратиреоз различной степени тяжести. Двое пациентов вынуждены постоянно принимать препараты кальция. Почти 90% женщин нуждались в пожизненной заместительной гормонотерапии.

При лечении РУЗ с использованием инстилляций 96° этилового спирта наблюдали 2 (3,3%) осложнения: 1) преходящий парез возвратного нерва при склерозировании узла, расположенного по задней поверхности левой доли ЩЖ, разрешившийся через 3 недели; 2) острый воспалительный процесс в зоне инъекции этанола в кистозный узел. Осложнение было вызвано погрешностями при инстилляции спирта, попавшего за пределы капсулы узла и ЩЖ. В течение 4-х дней отмечались заметный отёк тканей на соответствующей половине шеи, повышение температуры тела до 39°C.

По полученным результатам пациенты после курса ЧСТЭ разделились на две подгруппы: А - лица с РУЗ объёмом от 1,2 до 10,5 мл (36 женщин). Указанные больные находились под наблюдением эндокринологов и хирургов и подверглись ЧСТЭ через 1-4 года после обнаружения рецидива заболевания. При ультрасонографии рецидивные узлы были достаточно однородны, гипозоногенны. При пальпации – мягко - или плотно-эластичной консистенции. В среднем на каждый 1 мл нодулярной ткани было инстиллировано 0,64 мл этанола. Степень редукции составила 68% (т. е. объём склерозированного узла в среднем уменьшился до 32% от его исходной величины) через 1 год после окончания терапии.

У лиц Б-подгруппы (25 пациентов) продолжительность наблюдения после выявления рецидивных узловых образований составляла от 5 до 32 лет. Объём узлов составлял 4,3-78 мл. Как правило, при УЗИ образования были неоднородны с множественными гиперэхогенными и кистозными включениями. При пальпации – плотные, малоподвижные. Основной причиной обращения пациентов являлся эутиреоидный РУЗ III-IV степени с явлениями компрессии органов шеи. В среднем на каждый 1 мл нодулярной ткани было инстиллировано 0,35 мл этанола. Средняя степень редукции составила 40,4% (т. е. объём склерозированного узла уменьшился до 59,6% от его исходной величины) через 1 год после окончания терапии. Особенно слабо реагировали на ЧСТЭ гиперэхогенные образования с длительностью наблюдения более 12-15 лет.

В качестве характерного клинического примера можно привести больную Р., 68 лет, обратившуюся 18.12.1997 года с жалобами на дискомфорт в области шеи, некоторое затруднение при проглатывании твёрдой пищи, наличие плотного узлового образования в левой её половине. Резекция ЩЖ по поводу узлового зоба - 35 лет назад. Впервые рецидив был отмечен через 5-6 лет после оперативного вмешательства.

При осмотре: правая доля ЩЖ не определяется. В проекции левой – малоподвижный плотно-эластической консистенции узел размером до 6х3,5 см, частично закрывающий перешеек ЩЖ. Контуры образования неровные.

УЗИ: V правой доли – 4,68 мл; V левой доли – 46,6 мл. Слева, частично заходя на перешеек, неоднородный узел с гипо- и гиперэхогенными участками размером 64,7х36,7х36,2 мм с анэхогенным ободком (рис.1). ТТГ – 1,55 Мед/л, антитела к микросомальной фракции тиреоцитов не выявлены. Тонкоигольная аспирационная биопсия узлового образования: бесструктурные массы, пласты клеток фолликулярного эпителия в состоянии умеренной пролиферации, пигментофаги в большом количестве. Выставлен диагноз: левосторонний эутиреоидный зоб IV степени с явлениями компрессии органов шеи. От предложенного оперативного вмешательства отказалась. Рекомендован приём L-тироксина

по 50-75 мкг/сутки. УЗИ-контроль через 7 месяцев: V правой доли – 3,8 мл; V левой доли – 50,1 мл. Размеры узлового образования практически не изменились. С учётом отсутствия эффекта от гормонотерапии предложен курс паллиативной ЧСТЭ. С интервалом 3-5 недель произведено 10 инстилляций этанола. Суммарный объём введенного спирта – 15,4 мл. Явления дискомфорта в области шеи полностью исчезли.

УЗИ-контроль через 4 месяца после окончания курса ЧСТЭ (от 17.06.99): V правой доли – 3,5 мл; V левой доли – 36,1 мл. Практически вся левая доля представлена неоднородным крупным узлом (или тремя вплотную расположенными) размером 55,4x35,7x34,2 мм с кистозными включениями до 5 мм (рис. 2). Больная продолжает принимать L-тироксин по 50 мкг/сутки.

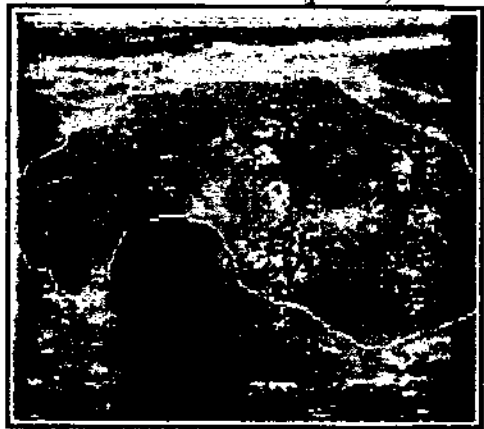


Рис. 1. Ультрасонограмма больной Р. перед началом ЧСТЭ.



Рис. 2. Ультрасонограмма больной Р. после курса паллиативной ЧСТЭ.

Наблюдение в течение последующих 4-х лет показало отсутствие отрицательной динамики. УЗИ от 29.05.2003 г: V правой доли – 3,8 мл; V левой доли – 33,8 мл. Почти всю левую долю занимает узел повышенной эхогенности с анэхогенным ободком 51,2x33,4x34,0 мм. Размеры узла остаются прежними. Структура узла стала более однородной, эхогенность повысилась. Это связано с уплотнением фиброзной ткани, составляющей большую часть объёма образования.

Данный пример показывает возможность использования ЧСТЭ в качестве симптоматического лечебного метода. В описанном случае основной целью лечения было уменьшение объёма узла левой доли ЩЖ для устранения компрессионного синдрома, что и было достигнуто.

Важной особенностью ЧСТЭ рецидивного узлового коллоидного зоба является полная сохранность интактной тиреоидной ткани. Контрольные исследования ТТГ в течение 1 года после склерозирующей терапии не обнаружили различий в функциональной активности тиреоидного остатка до и после курса ЧСТЭ.

Обсуждение полученных результатов Сравнение результатов лечения РУЗ традиционным способом – повторной резекцией тиреоидной ткани и методом ЧСТЭ убеждает в необходимости шире использовать склерозирующую терапию. Этаноловая деструкция рецидивных узлов особенно эффективна при своевременной (в первые 1-4 года) диагностике рецидива. Щадящий характер ЧСТЭ, возможность амбулаторного применения, малая вероятность осложнений (3,3%) позволяют рекомендовать данный метод как предпочтительную альтернативу повторному хирургическому вмешательству у пациентов любого возраста.

Значительное количество кистозных включений в узловых образованиях у лиц Б-подгруппы обусловлено, по-видимому, редукцией выведения коллоида при сохранении его секреции (6), что согласуется с данными С.Б. Пинского и соавт. (7), показавшими, что именно в кистах внутриклеточное давление в 4-9 раз превышает давление в солидных очаговых образованиях ПДЖ.

Слабая редукция длительно существующих рецидивных узлов объясняется значительным развитием склеротических изменений нерифолликулярной стромы, значительной толщиной капсулы, наличием в «старых» коллоидных и коллоидно-паренхиматозных струмах множественных очагов фиброза и даже кальциноза, являющихся закономерным проявлением патоморфогенеза узлового зоба (6, 11).

Наоборот, при рецидивах коллоидного зоба с коротким анамнезом причиной высокой эффективности склерозирующей терапии является малое содержание соединительнотканых (фиброзных) элементов в паренхиме образований. «Нежность» внутренней структуры рецидивных узлов (на это указывает однородный гипоехогенный характер ультрасонограмм), отсутствие плотной жёсткой капсулы и кальцинатов способствует значительной редукции их.

Поэтому очень важен регулярный (не реже 1 раза в год) динамический УЗИ-контроль для своевременной диагностики и при необходимости склерозирующей терапии рецидивов. При этом не имеет значения «истинные» это рецидивы или «ложные».

Выводы.

1. Оперативные вмешательства по поводу рецидивного узлового коллоидного зоба сопровождаются значительным количеством специфических послеоперационных осложнений (20%), развитием гипотиреоза у подавляющего большинства оперированных (89,6%), требующим пожизненной заместительной гормонотерапии.
2. ЧСТЭ является эффективной щадящей альтернативой повторных операций у лиц с рецидивным узловым зобом в любом возрасте. Наибольший эффект от использования склерозирующей терапии характерен для рецидивных узлов в первые 3-4 года с момента их появления.
3. Для своевременной диагностики рецидива узлового зоба пациенты в послеоперационном периоде должны регулярно (не реже 1-2 раз в год) подвергаться УЗИ-контролю.

Литература

1. Барсуков А.Н. Лечение заболеваний щитовидной железы с использованием инъекций этанола // Евразийский медицинский журнал. - 2003, № 1. - С. 30-36.
2. Белобородов В.А., Пинский С.Б. Некоторые спорные вопросы послеоперационных «рецидивов» заболеваний щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы XI (XIII) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. - СПб, 2003. - Т. I. - С. 25-28.
3. Ветшев П.С., Чилнигариди К.Е., Банный Д.А., Дмитриев Е.Е. Повторные операции на щитовидной железе при узловом зобе: причины и профилактика // Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы XI (XIII) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. - СПб, 2003. - Т. I. - С. 64-68.

4. Зурнаджянц В.А., Назарочкин Ю.В. Применение дипрспана в комплексной терапии узловых заболеваний щитовидной железы // Евразийский медицинский журнал. – 2003, № 2. – С. 34–41.
5. Мунир Уль-Хак. Прогнозирование функциональных результатов после резекции щитовидной железы по поводу узлового зоба: Дис. ... канд. мед. наук. - Смоленск, 2001. – 101 с.
6. Одиноква В.А., Рахматуллин И.Г., Крючков А.К., Ткаченко В.Н. Морфологические особенности строения зоба в очаге зобной эндемии // Хирургия эндокринных желез. Материалы IV (VI) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Уфа, 1995. – С. 95-97.
7. Пинский С.Б., Алёшин В.Б. Значение тканевого давления в диагностике заболеваний щитовидной железы // Хирургия эндокринных желез. Материалы IV (VI) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Уфа, 1995. – С. 100-102.
8. Селивёрстов О.В. Медикаментозное лечение послеоперационного рецидивного узлового эутиреоидного зоба // Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы XI (XIII) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – СПб, 2003. – Т. I. – С. 203-207.
9. Селивёрстов О.В. Разработка и совершенствование методов лечения послеоперационного рецидивного зоба: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Челябинск, 2003. – 44 с.
10. Фадеев В.В. Патогенетическая терапия эутиреоидного зоба // Consilium medicum. – 2002. - № 10. – С. 516-520.
11. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. Руководство. – СПб: СОТИС, 2002. – 288 с.

УДК 616.441-006.03

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ЧРЕСКОЖНОЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭТАНОЛОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Н. Барсуков

Смоленская государственная медицинская академия

На основе значительного клинического опыта (702 пациента) чрескожной склерозирующей терапии этанолом доброкачественных образований щитовидной железы, а также результатов экспериментов на 150 линейных животных и 11 добровольцах обсуждаются некоторые спорные вопросы механизма редукции тиреоидных узлов, технические приёмы метода. Показана необходимость точного предварительного расчёта дозы этанола, вводимого за один сеанс склерозирующей терапии и за весь курс лечения.

Дискуссии о принципиальной возможности использования чрескожной склерозирующей терапии этанолом (ЧСТЭ) при доброкачественных образованиях щитовидной железы (ЩЖ) остались позади. В настоящее время метод ЧСТЭ используется в десятках эндокринологических клиник Европы, Америки и Азии. Достоинствами метода являются: высокая эффективность, низкая вероятность серьёзных осложнений, возможность применения в амбулаторных условиях, полная сохранность интактной тиреоидной ткани. При кистах ЩЖ, рецидивном узлом коллоидном зобе, у лиц с высоким операционным риском ЧСТЭ рекомендуется как предпочтительная альтернатива хирургическому вмешательству. В многочисленных статьях предлагаются различные варианты склерозирующей терапии [1-10]. Основой для широкого использования ЧСТЭ в клинической практике стала возможность морфологической верификации образований без оперативного вмешательства, доступность УЗИ-диагностики с высокой разрешающей способностью линейных датчиков, позволяющих изучить внутреннюю структуру узловых образований, проследить динамику изменений в них в процессе лечения.

При сравнении эффективности данного способа при различной доброкачественной тиреоидной патологии все без исключения авторы подчёркивают особенно быструю и стойкую редукцию при склерозировании истинных кист ЩЖ и кистозных узлов с преобладанием жидкостного компонента [1, 2, 3, 9]. Это единственный вывод, который разделяется всеми исследователями.

Все другие сравнимые данные различаются чрезвычайно широко. Так, объём этанола, рекомендуемого для инстилляции за один сеанс ЧСТЭ при солидных узлах ЩЖ, варьирует от 0,3 до 2,2 на каждый мл нодулярной ткани [2, 3, 5, 8]. Одни авторы повторяют сеансы ЧСТЭ через 2-4 дня, другие считают более рациональным проводить их с интервалом в 3-4 недели. Большинство специалистов указывают на прямую зависимость степени редукции солидных образований от их исходного размера, другие связывают это с внутренней структурой узла. Одни считают возможным оценить результат ЧСТЭ уже через 2-3 месяца после курса терапии, другие для окончательной оценки эффективности предлагают выжидать не менее 2-3 лет. Значительны расхождения в рекомендациях по объёму этанола необходимого для всего курса ЧСТЭ при одинаковых по морфологии тиреоидных образованиях, по оценке радикальности склерозирующей терапии коллоидных узлов, наконец, по показаниям к использованию указанного метода и т.д.

По-видимому, столь широкий разброс мнений обусловлен различиями в понимании механизма редукции нодулярной ткани при её этаноловой деструкции, различиями используемых методик инстилляций склерозанта. Накопленный нами экспериментальный и клинический опыт позволяет дискутировать по поводу некоторых, часто встречающихся в научных публикациях суждений.

Материал и методы. Наш 9-летний опыт (с февраля 1995 года по февраль 2004) использования ЧСТЭ при доброкачественных образованиях ЩЖ включает 702 пациента в возрасте 14-84 лет. Среди них женщин - 558 (94,2%), мужчин - 41 (5,8%). Жидкостной компонент в узлах зарегистрирован в 432 (61,5%) случаях. Сольные узловые образования выявлены у 270 (38,5%) пациентов. Значительную часть - 118 (16,8%) составили лица пожилого и старческого возраста (старше 64 лет). Отличительными особенностями этой группы пациентов являлись: большие размеры образований ЩЖ (средний объём узлов 39,8 мл) и преобладание солидного характера их (73 случая (61,9%). Структура заболеваний, по поводу которых производилась склеротерапия, указана в таблице 1.

Таблица 1. Структура заболеваний щитовидной железы, для лечения которых использовалась ЧСТЭ

	Первичный узловой коллоидный зоб	Рецидивный узловой коллоидный зоб	Аденомы и функции автономии	Рецидив ДТЗ	Итого
Женщины	450	133	63	15	661 (94,8%)
Мужчины	34	3	4	-	41(5,8%)
Всего	485 (69,0%)	136 (19,4%)	67 (9,5%)	15 (2,1%)	702 (100%)

Для изучения морфологических последствий ЧСТЭ проведены эксперименты с введением этанола в тиреоидную ткань 150 линейных животных (половозрелые крысы-самцы линии «Вистар»).

Кроме того, гистологическому изучению подверглись 19 препаратов тиреоидных узловых образований, удалённых при оперативном вмешательстве у лиц с неудовлетворительными результатами ЧСТЭ, и доброкачественные очаговые образования 11 добровольцев, которым за 1-30 дней до операции в тиреоидный узел инстиллировали 0,3-0,5 мл этанола.

ЧСТЭ производилась либо непосредственно под контролем УЗИ, что особенно важно при лечении небольших новообразований (менее 1,5 см), либо с предварительной ультразвуковой разметкой.

Для опытов использовали также 25 узловых образований ЩЖ с неповрежденной капсулой, удаленных при оперативных вмешательствах

Полученные результаты и обсуждение. Из 702 пациентов после курса ЧСТЭ удовлетворительный результат получен у 674 (96,0%) лиц. То есть, у указанных пациентов, благодаря редукции доброкачественного образования, удалось избежать оперативного вмешательства. Из 28 пациентов с неудовлетворительным результатом у 21 были солидные образования объемом свыше 24 мл с ультрасонографическими признаками значительного развития фиброзной ткани с гиалинозом и кальцинозом. Редукция образования у них не превышала 3-9%. Последующие оперативные вмешательства подтвердили предположения о значительном замещении фолликулов грубо-волокнистой фиброзной тканью с гиалинозом, кальцинатами даже в участках, не подвергавшихся этаноловой деструкции, что и явилось причиной неуспеха ЧСТЭ.

Из осложнений отмечено 5 случаев острого асептического тиреоидита у лиц с кистозными узлами больших размеров (более 3,5-4 см в диаметре), обусловленные неполной эвакуацией спирта в 4-х случаях, введением этанола в стенку кистозной полости у одной больной. В 3-х случаях наблюдался преходящий односторонний парез возвратного нерва, развившийся после введения этанола в узел, располагавшийся в задних отделах доли.

Полагаясь на накопленный опыт, хотим высказать собственное мнение о наиболее часто встречающемся в публикуемых работах заблуждении.

1. Весьма часто авторы публикаций предлагают инстиллировать в солидное очаговое образование за один сеанс этанол в объеме 50-220% от исходного объема тиреоидного узла [1, 2, 3, 7, 9, 10].

В проведенных нами опытах на 25 солидных узловых образованиях объемом 4,3-41,2 мл, удаленных при оперативных вмешательствах на ЩЖ, показано, что в образованиях объемом до 10 мл максимальное количество вводимого этанола составляло 32,5% по отношению к первоначальному объему узла. Если объем узла был >10 мл, но <20 мл, то максимальное количество введенного за один сеанс этанола не превысило 27,2 % его первоначального объема. Соответственно при образованиях объемом > 20 мл – 21,4%. Если указанные объемы этанола превышались, последний просачивался за пределы патологического образования.

Таким образом, с учетом погрешностей опыта, мы рекомендуем инстиллировать за один сеанс в солидные тиреоидные образования объемом до 10 мл этанол в количестве, не превышающем 30% от исходного размера узла; при образованиях объемом 10-20 мл – не более 25% от первоначального объема; при узлах объемом более 20 мл – не более 20% от исходного. При превышении указанных количеств этанол неизбежно будет попадать за пределы узлового образования, повреждая интактную тиреоидную ткань и прилежащие структуры.

2. Спорным является и утверждение о том, что выраженная воспалительная реакция развивается при «затекании» этанола за пределы инкапсулированного узлового образования ЩЖ [2, 8]. В опытах на животных, 11 добровольцах и при гистологическом исследовании удаленного при оперативных вмешательствах материала у лиц с осложнениями ЧСТЭ выявлено, что выраженный воспалительный ответ (местный отек тканей, повышение температуры тела до 38-40,2°C) мы получали лишь при распространении этилового спирта за пределы ЩЖ. Попадание этанола за границы узлового образования с повреждением интактной тиреоидной ткани приводило к её некрозу без выраженного воспалительного ответа. Поэтому наиболее безопасны при ЧСТЭ интратиреоидно расположенные очаговые образования. Указанная особенность внеузловой тиреоидной ткани подтверждается возможностью лечения методом ЧСТЭ рецидивов ДТЗ [7].

3. Совсем не очевидно и утверждение о том, что возможна радикальная ЧСТЭ солидных образований за один сеанс [1, 2, 6].

При длительном (более 3-5 лет) наблюдении за пациентами с солидными узловыми образованиями после курса ЧСТЭ выявлены рецидивы заболевания у лиц с узловым коллоидным зобом только в тех случаях, если суммарная доза этанола была менее 0,5 мл на каждый 1 мл нодулярной ткани. У лиц с токсическими аденомами рецидивы обнаружены лишь у пациентов с общей дозой использованного этанола менее 0,8 мл на 1 мл опухоли. Как показали опыты на извлеченных при операциях очаговых образованиях ЩЖ, за 1 сеанс невозможна инстилляция этанола в количестве, превышающем 30% от исходного объема образования. Поэтому однократная инстилляцией этанола в солидные тиреоидные узлы не способна гарантированно привести к гибели всех эпителиальных клеток образования. В этом случае высока вероятность рецидива заболевания, особенно при склерозирующей терапии аденом.

Клиническим примером высокой эффективности ЧСТЭ при гиперфункционирующих образованиях ЩЖ может служить больная И. Функциональная активность аденомы правой доли щитовидной железы была полностью блокирована лишь при суммарной инстилляцией этанола 81% по отношению к первоначальному объему новообразования.

Больная И. 67 лет обратилась 03.01.2002 года с жалобами на наличие значительных размеров образования на передней поверхности шеи. Анамнез: впервые увеличение размеров щитовидной железы отмечено 3-4 года назад. Наблюдалась у эндокринолога. В связи с экстрасистолией осмотрена кардиологом: рекомендовано уточнение функции ЩЖ. ТТГ – 0,56 Мед/л. Визуально: в проекции перешейка ЩЖ определяется образование до 3,0 x 4,0 см, плотно-эластической консистенции, умеренно-подвижное, безболезненное. УЗИ: V правой доли – 16,2 мл; V левой доли – 3,8 мл. Структура левой доли однородная. Справа с переходом на перешеек – гипозоногенное неоднородной структуры узловое образование 38x20x34 мм (V узла = 12,7 мл), отчетливо выражен Halo-ободок. Цитологический анализ пунктата: неизмененные эритроциты, комплексы мноморфных эпителиальных клеток, бесструктурные массы. При сканировании ЩЖ выявлено, что накопление РФП происходит лишь в проекции узлового образования. Выставлен диагноз: претоксическая аденома правой доли щитовидной железы.

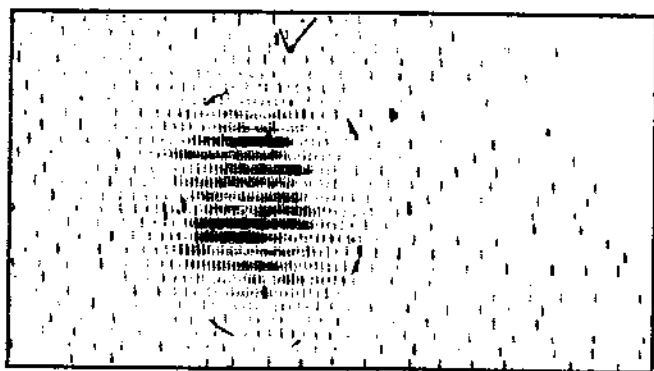


Рис. 1. Сканограмма ЩЖ больной И. 67 лет до начала склерозирующей терапии

В связи с благоприятным цитологическим анализом, решено провести курс ЧСТЭ. С интервалом 10-16 дней произведено 5 инъекций 96% этанола в новообразование. Суммарный объем введенного спирта – 8,0 мл. На контрольной сканограмме от 4.04.2002: восстановились обычные контуры щитовидной железы, но сохраняется более интенсивное накопление РФП в проекции новообразования. Для полного подавления его функциональной активности произведены два дополнительных сеанса ЧСТЭ с введением 2,4 мл этанола. Образование значительно уменьшилось в размерах, стало плотным. УЗИ: V узлового образования через 5 месяцев – 5,6 мл; через 12 месяцев – 3,2 мл. На контрольной сканограмме от 7.06.2002 г. зона

аденомы стала «холодной». Наоборот, здоровая тиреоидная ткань интенсивно накапливает РФП.

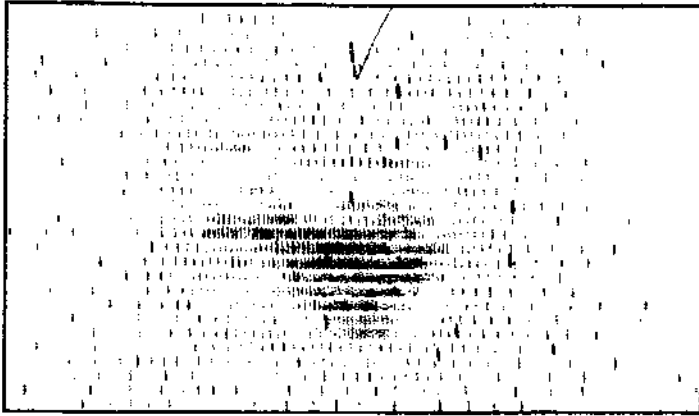


Рис. 2. Сканограмма ЩЖ больной И. через 1,5 месяца после окончания склерозирующей терапии (за 7 сеансов ЧСТЭ введено 10,4 мл 96° этанола).

Этот клинический пример указывает на необходимость использования сравнительно больших доз этанола при радикальной склерозирующей терапии аденом ЩЖ. В анализируемом случае количество использованного алкоголя составило 10,4 мл (81,9% по отношению к исходному объёму образования). Для контроля радикальности лечения обязательны повторные сканограммы, так как УЗИ не дает возможности оценить полноту гибели эпителиальных элементов аденомы.

4. Очень часто в публикациях встречается вывод о том, что степень редукции солидных узловых образований определяется их первоначальными размерами: чем больше узел, тем меньше его редукция [3, 4, 5, 9, 11]

При сравнении результатов ЧСТЭ солидных тиреоидных образований обнаружено, что и в группе пациентов с исходным объёмом узлов > 20 мл в 56,5 % случаев наблюдается редукция образований более чем на 50%. Гистологические и ультрасонографические сопоставления показали, что в основе различий эффективности ЧСТЭ лежат различия внутренней морфологической структуры очаговых образований. Жёсткий фиброзный каркас, плотная капсула, большое количество кальцинатов препятствуют значительному уменьшению объёма узла. Указанные особенности узлов характерны при длительном (более 10 лет) их существовании. При крупных тиреоидных образованиях с коротким анамнезом (менее 5 лет) ЧСТЭ столь же эффективно, как и при малых (менее 10 мл) узлах. И, наоборот, малых размеров образования с жёстким каркасом не редуцируются под воздействием этанола.

В качестве иллюстрации следующий клинический пример.

Больная Ж. 35 лет обратилась 03.10.1997 года с жалобами на наличие плотного безболезненного узла в области левой половины шеи. При осмотре: правая доля ЩЖ не определяется. В проекции левой – подвижное деревянистой плотности округлое образование диаметром около 1 см. УЗИ: V правой доли – 8,6 мл; V левой доли – 6,7 мл. В левой доле на границе среднего и нижнего сегмента кистозный узел размером 11,9x10,2 мм с кальцинированной капсулой (рис.3). При пункции образования отчетливо ощущалось сопротивление плотной оболочки узла движению иглы и чувство «провала». При этом из полости кистозного узла было извлечено 0,4 мл прозрачного коллоида светло-коричневого цвета, инстиллировано 0,4 мл этанола, который через 1 минуту был удалён. При цитологии пунктата обнаружены бесструктурные массы, единичные лейкоциты и макрофаги. При контрольной пункции узла через 1 год коллоида не получено, дополнительно введено 0,2 мл этанола.



Рис.3. Ультрасонограмма больной Ж. до лечения

При ультрасонографии через 2 года после ЧСТЭ от 16.12.1999 г. выявлено: V правой доли – 7,9 мл; V левой доли – 5,9 мл. В левой доле ближе к перешейку узел с кальцинированной капсулой 11,7x9,9 мм с гипозхогенной неоднородной внутренней структурой (рис.2). УЗИ в 2001 и в апреле 2003 года показали стабильность размеров железы и узлового образования. Пальпаторно: узел очень плотный, безболезненный, подвижный.

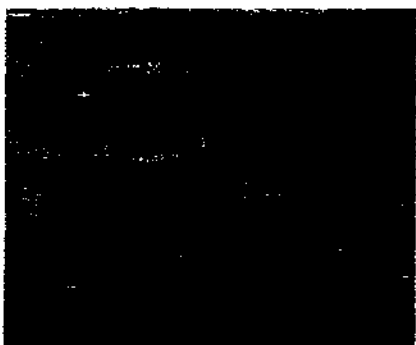


Рис.4. Ультрасонограмма больной Ж.З.И. через 2 года после ЧСТЭ

Таким образом, жёсткая кальцинированная капсула узла препятствовала редукции образования и, несмотря на исчезновение кистозной полости, уменьшения размеров узла не произошло.

5. Ещё одним важным замечанием является то, что оценка эффективности ЧСТЭ производится через 3-12 месяцев после окончания склерозирующей терапии независимо от исходного объёма образований [6, 8, 11].

Многолетний динамический УЗИ-контроль за пациентами после радикальной ЧСТЭ солидных узловых образований различной исходной величины указывает на зависимость скорости их редукции прежде всего от первоначальной величины. Процесс редукции узлов объёмом до 10 мл после курса ЧСТЭ продолжается до 10-12 месяцев. В дальнейшем их размеры не меняются. При узловых образованиях объёмом больше 20 мл редукция замедляется до 18-36 месяцев. Указанные закономерности необходимо учитывать при оценке эффективности склерозирующей терапии различных по размеру тиреоидных образований.

На наш взгляд, учёт вышеуказанных особенностей доброкачественных узловых образований при использовании метода ЧСТЭ поможет предупредить нежелательные последствия этаноловой деструкции, точнее прогнозировать результаты лечения.

Литература

1. Александров Ю.К. Пункционные методы в диагностике и лечении заболеваний щитовидной железы. - Ярославль: МП «Диабет», - 1996. - 108 с.
2. Бубнов А.Н., Кузьмичёв А.С., Гринёва Е.Н., Трунин Е.М. Заболевания щитовидной железы. Часть I. Узловой зоб. - СПб., 2002. - 96 с.

3. Ветшев П.С., Шулушко А.М., Чилингарики К.Е. и др. О методике и результатах чрескожной склерозирующей терапии этанолом доброкачественных узловых заболеваний щитовидной железы //Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы X (XII) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Смоленск, 2002. – С. 101-3.
4. Клименков А.П. Пункционная деструкция доброкачественных новообразований щитовидной железы (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – С.-Петербург, 2001. – 20 с.
5. Кузьмичев А.С. Узловой зоб (диагностика, тактика лечения): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2002. – 44 с.
6. Младенцев П.И., Резниченко С.Г., Шамров В.А. Склерозирующая терапия этанолом доброкачественных новообразований щитовидной железы под эхографическим контролем //Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы X (XII) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Смоленск, 2002. – С. 250-252.
7. Селиверстов О.В., Привалов В.Л., Демидов А.К. Склеротерапия послеоперационного рецидивного зоба // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы VIII (X) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Казань, 1999. – С. 282 – 284.
8. Crescenzi A., Papini E., Pasella C.M. et al. Morphological changes in a hyperfunctioning thyroid adenoma after percutaneous ethanol injection: histological, enzymatic and sub-microscopical alterations // J. Endocrinol. Invest. - 1996. - V. 19, N 6.-P. 371 -6.
9. Lippi F., Ferrari C., Manetti L. et al. Treatment of solitary autonomous thyroid nodules by percutaneous ethanol injection: results of an Italy multicenter study. The Multicenter Study Group // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 1996. - V. 81, N 9. - P. 3261 -4.
10. Martino E., Bogassi F. Percutaneous ethanol injection for thyroid diseases. // Thyroid International. – 2000. – N. 5. – P. 3-9.
11. Monzani F., Del Guetta P., Caraccio N. et al. Percutaneous ethanol injection for treatment of autonomous nodule and amiodarone induced thyrotoxicosis // Thyroidology. - 1994. -V. 6, N 3. - P. 99-102.

УДК 616.33-002.44-089

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ НА ФОНЕ ПЕРИТОНИТА

А.В. Бельков, А.В. Кученков

Смоленская государственная медицинская академия

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки среди заболеваний желудочно-кишечного тракта занимает одно из ведущих мест. Так до 10% населения экономически развитых стран страдает данным заболеванием. Лечение и профилактика обострений язвенной болезни, широко распространенной среди населения, является так же важной социальной проблемой. Затраты общества, связанные с лечением язвенной болезни, определяются масштабом заболеваемости. В России язвенной болезнью страдает около 1,5% взрослого населения. В странах Западной Европы дуоденальные язвы ежегодно регистрируют у 0,1 – 0,3% лиц, старше 15 лет. В США около 10% взрослых имеют язвенную болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в анамнезе, причем треть из них перенесли рецидив. Выявлено, что чаще язвенной болезнью 12-перстной кишки болеют мужчины трудоспособного возраста (20-50 лет)(1,3,5).

Отмечено, что за последние годы наметилась устойчивая тенденция к снижению в 2-2,5 раза числа плановых операций при язвенной болезни, а в специализированных хирургических отделениях эта динамика еще более выражена - в 6-12 раз. В то же время, по данным большинства авторов (1,2,6), число больных с осложненными формами язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, оперируемых в экстренном порядке, в 4 – 4,5 раза превысило число больных, оперируемых в плановом порядке. Увеличилось количество неотложных оперативных вмешательств при прободных и кровоточащих язвах, летальность при которых составила от 5,6 до 20,4% (7,8).

Перфорации пилородуоденальных язв остаются одним из наиболее распространенных и опасных осложнений язвенной болезни, чаще возникают в трудоспособном возрасте (20-50

лет), и составляли 10-15% в структуре осложнений, являясь абсолютным показанием к оперативному лечению. Причем у 40-50 % больных это объясняется прежде всего тем, что прободение язв происходит на фоне бессимптомного течения заболевания или при стертой клинической картине заболевания (Шалимов А.А., Саенко В.Ф. 1997).

До настоящего времени простое ушивание перфоративных язв при перитоните с дальнейшей консервативной терапией считали в большинстве случаев операцией выбора. При этом следует учитывать, что ушивание перфоративных язв, на фоне развившегося перитонита, не является «идеальной операцией» прежде всего по следующим причинам:

во время операции не всегда можно уточнить хронический характер перфоративной язвы, что имеет значение для объема операции и прогноза рецидивов; перфорация язв нередко сочетается со стенозом, вероятность которого при ушивании дефекта может быть больше; в процессе осуществления ушивания сложно диагностировать язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки; использование «сквозного» шва желудка или двенадцатиперстной кишки при ушивании может привести к развитию «лигатурных» рецидивных язв.

Кроме того, многие исследования (3,8) показали не только высокую частоту рецидивов язв после выполнения ушивания (до 47-83%), но и развитие других осложнений – повторной перфорации, кровотечения, стеноза.

Следует отметить, что при ушивании перфоративных язв при перитоните из верхне-срединного доступа в 17% клинических наблюдений отмечено нагноение ран, что увеличивает койко-день и стоимость лечения (2,4). Выявленные негативные аспекты проблемы требуют разработки новых методических подходов лечения перфоративных пилородуоденальных язв на фоне перитонита.

В последние годы в литературе появились сведения о применении малоинвазивных технологий при лечении осложненных форм язвенной болезни (2). Однако из-за малочисленных наблюдений не до конца определена эффективность этих технологий в лечении перфоративных пилородуоденальных язв. Большинство публикаций по малоинвазивным технологиям посвящены техническим вопросам исполнения оперативных вмешательств при данной патологии с использованием специальных инструментов. Подобный метод хирургического вмешательства в литературе именуется как «открытая лапароскопия», минилапаротомия и др.(4).

В клинике факультетской хирургии СГМА находились на лечении 91 больной с перфоративными пилородуоденальными язвами. Оперативные вмешательства из минидоступа (основная группа) выполнены 16 больным: 15-ти больным - по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, одному больному - по поводу перфоративной язвы пилорического отдела желудка. Верхне-срединным доступом прооперированы 75 пациентов. Из них 38 больным осуществлено ушивание перфоративной язвы (группа 2) и 37 – пилородуоденопластика(ПДП) с иссечением язвенного дефекта (группа 3).

Диагностическая программа включала: рентгенографию органов брюшной полости на наличие «свободного газа»; общий анализ крови и мочи; биохимический анализ крови; ЭКГ; по показаниям, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС с целью верификации диагноза (при сомнительной рентгенологической картине) и выбора метода операции.

Размеры язв варьировали от 1 до 3см., располагались в пилорическом и препилорическом отделах желудка (27), на передней стенке луковицы 12-ти перстной кишки (59), передней и задней стенке луковицы 12-ти перстной кишки (4), и залуковичная локализация выявлена в одном клиническом наблюдении. Перфоративные отверстия были размерами от 0,1 до 1см.

Таблица 1. Структура осложнений перфоративных пилородуоденальных язв

ВИД ОСЛОЖНЕНИЙ	МИНИ ДОСТУП (n=16)	ПДП (n=37)	УШИВАНИЕ (n=38)
Нагноение раны	-	1 (2,7%)	4(10,5%)
Послеоперационный перитонит	2(6,25%)	1 (2,7%)	3(7,9%)
Бронхиты и пневмонии, отёк лёгких		4 (10,8%)	2(5,3%)

Малоинвазивные операции выполнялись по оригинальной методике с использованием адаптированного инструментария: крючка-подсветки для работы в отдаленных от раны участках брюшной полости, ранорасширителя-лифтинга для мини-доступа, пинцета-ретрактора с двойным захватом для послойного рассечения стенки полого органа брюшной полости. Время пребывания в стационаре не превышало 5-11 суток (для основной группы) и 12-14 суток (для контрольных групп). Длительность операций была сопоставима для всех групп больных и составляла 60-150 мин.

Таким образом, как показали результаты, применение операций из мини-доступа при перфоративных пилородуоденальных язвах позволило снизить травматичность операции, уменьшить общее количество послеоперационных осложнений (таблица 1), уменьшить продолжительность стационарного лечения до 6-8 суток, сократить сроки утраты трудоспособности, снизить стоимость лечения и использовать косметические преимущества малоинвазивной операции.

Следует отметить, что в группе «ПДП» имелось сочетание 2-х осложнений у 1 больного, 3-х - у одного, 4-х осложнений у одного больного, приведшее к летальному исходу. В группе «Ушивание» сочетание 2-х осложнений у 3-х больных, 3-х осложнений у 2-х больных, и 4-х осложнений у одной больной. Указанное диктует необходимость дальнейших исследований в данной области.

Литература

1. Гринберг А.А., Шаповальянц С.Г., Мударисов Р.Р. Результаты видеоскопического ушивания перфоративных язв. // В сборнике: Проблемы неотложной помощи в клинической практике. 2001. Т. УИИ. С. 41-42.
2. Совцов С.А., Подшивалов В.Ю., Киселев А.Г., Филимонов Г.П., Асабин Д.Б., Малыгин А.Н. Перспективы использования комбинированной эндохирургии прободных язв // Эндоскопическая хирургия. -№5. -2001
3. Плешков В.Г. Хирургическое лечение последствий ушитых прободных гастродуоденальных язв: Дис. ... д-ра мед. наук. - Смоленск, -1992. - 284 с.
4. Прудков М.И. Комбинирование классических и эндохирургических технологий: тенденции и проблемы инструментального обеспечения. Екатеринбург, 2001, сборник ОКБ№1. -с4-6
5. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Сравнительные оценки непосредственных результатов лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, оперированных открытым и лапароскопическим способом // Тезисы докладов 1-го Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскопическая хирургия. -1998. - №2. -с56
6. Druart M.L., Van Hee R., Etienne J., Cadiere G.B., Gigot J.F., Legrand M., Limbosch J.M., Navez B., Tugilimana M., Van Vyve E., Vereecken L., Wibin E., Yvergnaux J.P. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer. A prospective multicenter clinical trial // Surg. Endosc. 1997. -vol11. -p1017-1020
7. Eypasch E., Spangenberg W., Ure B., Mennigen R., Troidl H. Laparoscopic and conventional suture of perforated peptic ulcers a comparison // Chirurg. 1994. -vol65. -p445-450
8. Henry C., Smadja C., Vons C., Bobocescu E., Mariette D., Tahrat M., Franco D. Results of laparoscopic treatment of abdominal emergencies // Ann. Chir. 1998. -vol52. -p223-228

КЛИНИКО-ПАТОАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА «ЛЕТАЛЬНОГО» СУБТОТАЛЬНО-ТОТАЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА*А.В.Бельков, А.И.Панков, С.В.Игнатьев, Т.И.Прохоренко**Смоленская государственная медицинская академия*

Острый панкреатит занимает третье место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости после острого аппендицита и острого холецистита (1,2). При этом в последнее время отмечается существенное увеличение количества заболевших с одновременным ростом числа наиболее прогностически неблагоприятных форм данной патологии - панкреонекроза (ПН) (7,9).

Особенно высокая летальность, достигающая 40-80%, отмечена при распространенных (субтотально-тотальных) формах ПН, когда в системный воспалительный процесс вовлекается не только большой объем ткани поджелудочной железы, но и забрюшинная клетчатка, а также поражаются жизненноважные органы (3,6,10). Стойкая инвалидизация выживших при этом составляет 40-50%. Указанное позволяет считать ПН одной из самых основных и до настоящего времени до конца не решенных проблем абдоминальной хирургии.

В литературе описано множество оперативных и консервативных методов лечения острого деструктивного панкреатита. Однако ни один из предложенных авторами методов, не гарантирует прерывание патологического процесса в поджелудочной железе и не препятствует дальнейшему распространению некроза на окружающие ткани. Выбор оптимального метода лечения также важен в силу индивидуальности заболевания у каждого больного (4,5,6).

Проблема целесообразности и эффективности оперативных методов лечения на ранних стадиях заболевания дискутируется до настоящего времени. С одной стороны, следует отметить, что операции, выполняемые в первые 3-5 суток от начала заболевания, осуществляются в неблагоприятных условиях, ввиду большой тяжести состояния больных, являются технически сложными и не всегда гарантируют прерывание патологического процесса. С другой – отсутствие эффекта от всего комплекса интенсивного консервативного лечения и угроза гибели больных нередко заставляют использовать инвазивные методы диагностики и лечения, вплоть до весьма травматичных. Кроме указанного, достаточно вариабельными остаются сами методы оперативных вмешательств (от лапароскопических операций и минидоступов до широких лапаротомий и резекций поджелудочной железы) (2,5,6,8,9). Указанное затрудняет выбор оптимального для каждого больного метода лечения. Не случайно, поэтому в повестке Всероссийского съезда хирургов в Волгограде (2000 г), а также на Международном конгрессе хирургов (Москва, 2003) и других форумах последнего времени активно обсуждалась проблема острого панкреатита и ПН.

Цель исследования: клинико-морфологическая характеристика «летального» субтотально-тотального панкреонекроза, включая качество до- и интраоперационной диагностики распространенности некробиотических процессов как в самой поджелудочной железе, так и в забрюшинной клетчатке. При этом изучено 170 клинических наблюдений больных субтотально-тотальным панкреонекрозом, которые были оперированы в ранние (до 5 суток) сроки с начала заболевания. По характеру операций были выделены 3 группы больных:

1 – с дренирующими вмешательствами (78 больных);

2 – с резекциями поджелудочной железы (14 больных);

3 – с экономичными некрэксеквестрациями и активно-промывным дренированием забрюшинной клетчатки (78 больных).

При анализе результатов лечения больных субтотально-тотальными формами ПН выявлено, что из 170 умерли 66 больных. Структура основных причин летальности заболевания отображена в таблице 1.

Таблица 1. Структура летальности у больных субтотально-тотальными формами панкреонекроза

№	Основная причина летального исхода	Дренирующие операции	Резекции поджелудочной железы	Экономные некрэктомии с дренированием забрюшинной клетчатки	Всего
1	ПОН	21 (31,8%)	4 (6,1%)	10 (15,2%)	66 (100%)
2	Прогрессирование некроза поджелудочной железы	16 (24,2%)	4 (6,1%)	14 (21,2%)	34 (51,5%)
3	Гнойно-септические осложнения	12 (18,2%)	1 (1,5%)	7 (10,6%)	20 (30,3%)
4	Кровотечения из забрюшинной клетчатки или желудочно-кишечного тракта	-	1 (8,3%)	2 (3,0%)	5 (7,6%)
5	Тромбэмболии легочной артерии	1 (1,5%)	-	2 (3,0%)	3 (4,5%)
	Всего:	43 (54,4%)	4 (33,3%)	19 (24,1%)	66 (100%)

Как видно из таблицы 1, у всех умерших наиболее частыми причинами неблагоприятного исхода явились ПОН (100%), прогрессирование некроза поджелудочной железы (51,5%), гнойно-септические осложнения (30,3%), кровотечения из забрюшинной клетчатки или желудочно-кишечного тракта (7,6%) и тромбэмболии легочной артерии (4,5%). При этом у большинства умерших имело место сочетание нескольких причин летальности.

Исследование частоты указанных причин летальности у больных с распространенным ПН выявило следующее: ПОН, прогрессирующий некроз поджелудочной железы и гнойно-септические осложнения наиболее часто были основными причинами смерти у больных после дренирующих операций. Таким образом, данные оперативные вмешательства не прерывали и предотвращали указанные виды осложнений.

Кровотечение из забрюшинной клетчатки отмечены редко – у 1 (8,3%) больной после резекции поджелудочной железы и у 2 (3%) больных третьей группы после вмешательств на забрюшинной клетчатке. После дренирующих вмешательств данной причины летального исхода не выявлено.

Тромбэмболии легочной артерии выявлялись еще более редко – у трех больных. В частности, у одного больного (1,5%) в группе дренирующих операций и у 2 больных (3%) после вмешательств на забрюшинной клетчатке.

При анализе сроков смерти больных ПН выявлено, что, независимо от видов оперативного пособия, сроки смерти были примерно равными во временные промежутки 1-3 суток, 3-10 суток и более 10 суток с момента заболевания (табл.2).

Учитывая факт постоянного наличия проявлений ПОН у больных с «летальным» ПН, как основной причины смерти, был проведен анализ частоты различных ее видов (рис. 1). При этом выявлено, что у всех 100% умерших имело место сочетание нескольких видов ПОН.

Таблица 2. Сроки смерти больных с субтотально-тотальными формами панкреонекроза

Сроки смерти после операции	Дренажирующие операции	Резекции поджелудочной железы	Экономные некрэктомии с дренированием забрюшинной клетчатки	Всего
1-3 суток	15	1	4	20
3-10 суток	14	1	8	23
Более 10 суток	14	2	7	23
Всего	43	4	19	66

Наиболее часто при этом клинически и при патанатомическом исследовании регистрировали поражение ЦНС (97,0%), респираторный дистресс-синдром (68,2%), сердечно-сосудистую (50,0%), почечную (48,5%), печеночную недостаточность (34,8%) и синдром ДВС крови (10,6%).

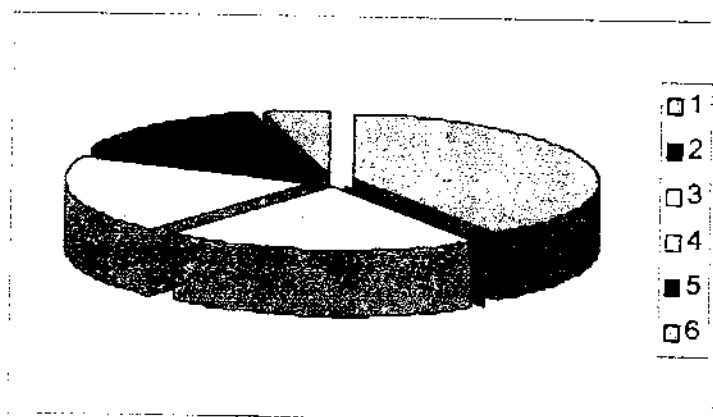


Рис. 1. Виды полиорганной недостаточности при «летальном» панкреонекрозе (в %).

- 1 – поражение ЦНС (97,0%);
- 2 – синдром ДВС крови (10,6%);
- 3 – РДСВ (68,2%);
- 4 – почечная недостаточность (48,5%);
- 5 – сердечно-сосудистая недостаточность (50,0%);
- 6 – печеночная недостаточность (34,8%).

Таким образом, у всех 66 (100%) умерших имела место сочетанная ПОН, а самыми частыми ее проявлениями явились поражение ЦНС, а также кардио-респираторная недостаточность. Определенный интерес представляют сведения, касающиеся совпадений прижизненной интраоперационной и патоморфологической оценки распространенности некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Так, как видно из таблицы 3, интраоперационная и патоморфологическая оценка распространенности ПН совпала лишь у 27 (40,9%) больных. У остальных 39 (59,1%) больных объем некроза поджелудочной железы был существенно больше впервые выявленного во время операции. Данный факт может быть обусловлен двумя факторами: 1 – прижизненным послеоперационным прогрессированием

некроза органа и 2 – неверной оценкой первичных интраоперационных данных. То есть имел место факт недооценки тяжести состояния и возможного прогноза больных.

Еще более заметна разница в трактовке величины некроза забрюшинной клетчатки во время операции и по секционным данным. В частности, лишь у 17 (25,6%) умерших эти данные совпали. Таким образом, у большинства умерших от субтотально-тотальных форм ПН имела место явная недооценка объема некроза забрюшинной клетчатки, что могло повлечь за собой и неверную интраоперационную тактику.

Таблица 3. Частота совпадений интраоперационных и патоморфологических оценок объема поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки умерших от субтотально-тотального панкреонекроза

№	Локализация некроза	Частота совпадений интраоперационных и патоморфологических данных
1	Распространенность некроза поджелудочной железы	27 (40,9%)
2	Распространенность некроза забрюшинной клетчатки	17 (25,6%)
3	Всего	66 (100%)

Исследования особенностей поражения забрюшинной клетчатки при распространенном ПН в ранние сроки заболевания отображены на рис.2. Согласно данным, приведенным в таблице, наиболее часто в воспалительно-деструктивный процесс вовлекалось собственно забрюшинное клетчаточное пространство, расположенное непосредственно за поджелудочной железой, и правое окологпочечное пространство – оба по 83,3% от общего числа умерших больных. Далее следовали левое позадибодочное (71,2%) и левое окологпочечное пространство (74,2%). Поражение правого позадибодочного клетчаточного пространства и тотальное вовлечение в воспалительный процесс забрюшинной клетчатки выявили соответственно у 62,1% и 50,0% умерших больных.

Таким образом, у большинства больных имели место массивные некротические изменения в забрюшинной клетчатке. У половины умерших от субтотально-тотального ПН в эти процессы вовлекались все отделы забрюшинных клетчаточных пространств.

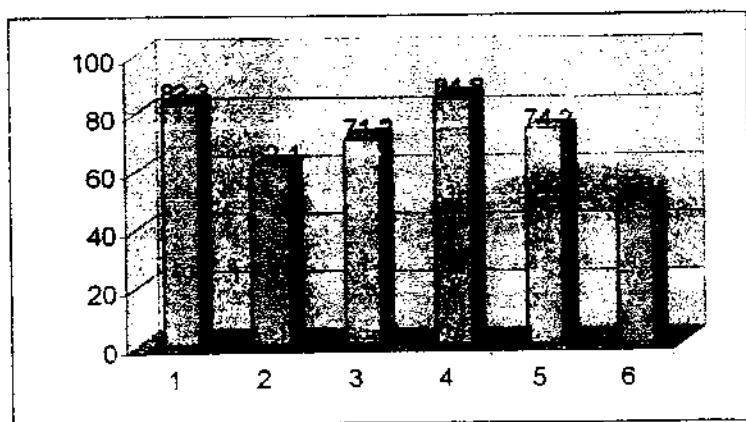


Рис.2. Локализация забрюшинных некрозов при «летальном» субтотально-тотальном панкреонекрозе (в %).

- 1 – собственно забрюшинное пространство;
- 2 – правое позадибодочное пространство;
- 3 – левое позадибодочное пространство;

- 4 – правое околопочечное пространство;
 5 – левое околопочечное пространство;
 6 – тотальное поражение забрюшинных клетчаточных пространств.

Параллельно изучению объема поражения забрюшинной клетчатки при субтотально-тотальных формах ПН в ранние сроки заболевания была проведена оценка достаточности их дренирования при первичной операции (табл. 4).

Полученные результаты выявили, что собственно забрюшинное пространство, как наиболее часто поражаемый сектор забрюшинной клетчатки, было санировано лишь у 46 (69,7%) больных.

Таблица 4 Результаты исследования достаточности интраоперационной санации забрюшинной клетчатки при «летальном» субтотально-тотальном панкреонекрозе

№	Отделы забрюшинных клетчаточных пространств	Достаточная санация	%
1	Собственное забрюшинного пространство	46	69,7
2	Правое позадибодочное пространство	24	58,5
3	Левое позадибодочное пространство	35	76,4
4	Правое околопочечное пространство	31	55,4
5	Левое околопочечное пространство	44	89,8
6	Клетчатка малого таза	21	63,6
	Всего:	66	100

Остальные отделы также в большом числе клинических наблюдений не были дренированы. Особое внимание следует обратить на наиболее низкий процент дренирования левых позадибодочного и околопочечного пространств.

Таким образом, результаты клинико-патоморфологических исследований показали, что основными причинами летальных исходов больных с субтотально-тотальным ПН явились ПОН, прогрессирующий некроз поджелудочной железы и гнойно-септические осложнения. При этом наибольшее число погибших от субтотально-тотального ПН отмечено после дренирующих оперативных вмешательств, наименьшее – после вмешательств на забрюшинных отделах клетчаточных пространств, включая их вскрытие, ревизию, экономную некрэктомию и проточно-промывное дренирование. Клинико-патанатомический анализ из всех возможных видов ПОН наиболее часто при «летальном» ПН выявил поражение центральной нервной системы и кардиореспираторную патологию. Обращает на себя внимание факт невысокого совпадения оценок объема некроза на операции и по секционным данным самой поджелудочной железы и, особенно, забрюшинной клетчатки. При этом выявлено, что примерно у половины умерших от субтотально-тотального ПН имело место тотальное поражение забрюшинной клетчатки. Изучение интраоперационной санации забрюшинных флегмон при субтотально-тотальном ПН подтвердило факт их недостаточного дренирования, особенно левых позадибодочного и околопочечного пространств.

Литература

1. Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология. "Питер". -СПб,1994;410.
2. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: комплексная диагностика и лечение. Новый мед. журн. 1997; 3: 10-3.
3. Толстой А.Д., Гольцов В.Р. Возможности «обрыва» деструктивного процесса на ранних стадиях панкреонекроза. "MedWeb." 2002; 6: 36-41.
4. Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Лытнев В.В. Панкреонекроз (клиника, диагностика, лечение). М., 1994.
5. Runkel N.S., Rodriguez L.F., Moody F.G. Mechanisms of sepsis in acute pancreatitis in opossums. Am JSurg 1995; 169(2): 227-32.

6. Medich D.S., Lee T.K., Melhem M.F. et al. Pathogenesis of pancreatic sepsis. *Am JSurg* 1993; 165(1): 4122. Luiten E.J., Hop W.C.J., Lange J.F. et al. Controlled clinical trial of selective decontamination for the treatment of severe acute pancreatitis. *Ann. Surg* 1995; 222: 57-65.
8. Luiten E.J., Hop W.C.J., Lange J.F. et al. Controlled clinical trial of selective decontamination for the treatment of severe acute pancreatitis. *Ann. Surg* 1995; 222: 57-65.
9. Warshaw A.L. Pancreatic necrosis. To debride or not to debride - That is the question. *Ann. Surg.* 232,627-629. 2000.
10. Isenmann R., Buckler M., Uhl W., Malfertheiner P. Martini M., Beger H.G. Pancreatic necrosis: an early finding in severe acute pancreatitis. *Pancreas* 1993; 8 358-361.

УДК 616.36-006-073.48-08

ПЕРСПЕКТИВЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ЛИЗИСА В ЛОКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

А.В. Борсуков, А.В. Бельков, А.И. Гассинец, Р.А. Алибегов, А.С. Ефимкин, Н.В. Новикова, Е.П. Голик, Ю.С. Терентьев, З.А. Лемешко, Б.К. Момджан
Медицинская академия, Смоленск, МЛПУ КБ №1, Смоленск, Областной онкодиспансер, Смоленск ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Российский научный Центр рентгенорадиологии, Москва

На современном этапе большое значение приобретают методы локального малоинвазивного воздействия на очаговые поражения органов брюшной полости [8,14]. Наибольшую значимость эти методы лечения имеют в онкогастроэнтерологии [3,5]. Появились пилотные результаты малоинвазивного лечения злокачественных очаговых поражений печени методами радиочастотной абляции, «холодной» плазмы, электрохимического лизиса, лазерной абляции и т.д. [7,11]. Все это порождает вопросы по ближайшим перспективам новых методов малоинвазивного лечения: эффективность, стоимость, побочные эффекты, показания и т.д. [4,12]. Однако крайне важными являются проблемы отдаленных перспектив: место локальной терапии в лечебных алгоритмах, отдаленные ятрогенные последствия, эффективность комбинаций новых методик с традиционным лечением [6,9].

Цель работы: оценить возможности электрохимического лизиса (ЭХЛ) в паллиативном лечении единичных метастазов в печени из различных первичных опухолей через 18 месяцев после лечения.

Материалы и методы. В течение 2002-04гг. в клинике факультетской терапии и хирургии СГМА на базе МЛПУ «Клиническая больница № 1» в рамках совместной отраслевой программы по интервенционной лучевой диагностике (соисполнители: ПНИЛ СГМА «Ультразвуковые исследования и малоинвазивные технологии», ММА им.И.М.Сеченова, Москва, Российский научный Центр рентгенорадиологии, Москва.) начато изучение нового метода локального лечения метастатического рака печени путем ЭХЛ. За это время проведены сеансы лизиса (от 1 до 5) у 47 больных с единичными метастазами в печень (от 1 до 5) после комбинированного лечения злокачественных опухолей различных локализаций. В оценку 18 - месячной выживаемости включен 41 пациент. Распределение больных по первичной опухоли: колоректальный рак – 14, желудок – 8, поджелудочная железа – 4, меланома – 2, желчный пузырь – 2, молочная железа – 5 случаев, другие локализации – 7. У 33 больных метастазы в печени были метастатическими, у 8 – синхронными. Использовалась классификация метастазов в печени по L.Gennari et al., 1984. В 34 случаях ЭХЛ проводилось чрескожно под УЗ – контролем, у 7 больных лечение проведено интраоперационно. Использовались чрескожные введения моно - и биполярных платиновых электродов (ECU – 300, “Soring”, Германия) диаметром 2,0 и 2,5 мм. Центральным звеном оценки эффективности ЭХЛ являлась мультифокальная биопсия метастаза сразу же после лизиса и через 5,10,15 дней после лечения. Принцип ЭХЛ основывается на прямом воздействии постоянного тока на метастаз с возникновением

асептического некроза (1-й этап) и отсроченного химического воздействия на опухоль продуктами электролиза в виде щелочи, кислоты и соединений платины (2-й этап).

Для оценки индекса качества жизни применен общий опросник SF-36 и модуль специфического опросника EORTC QLQ-PC для паллиативного лечения онкологических больных.

Результаты исследования. После морфологической верификации метастазов проводили сеансы ЭХЛ с силой тока 80 мА (n-4) и 100 мА (n-8) длительностью от 20 до 45 минут. Применялись две группы оценочных критериев: цитологический и ультразвуковой во время сеансов, и гистологический + ультразвуковой в отсроченном (до 3 месяцев) и отдаленном периодах (12, 18 месяцев наблюдения).

При динамическом КТ у 8 пациентов отмечалось появление пузырьков воздуха в проекции очага после ЭХЛ, исчезающих в течение 1-2 месяцев. У 8 человек проведены контрольные биопсии через 6 месяцев, а у 9 человек – через 12 месяцев после лечения – выявлена грубоволокнистая рубцовая ткань в зоне очага без признаков опухолевого роста. При УЗ – мониторинге границы остаточного очага нечеткие, структура его неоднородная, экзогенность по сравнению с исходным состоянием снижена. В зоне ЭХЛ роста новых фокусов метастазов не выявлено в течение всего срока наблюдения (18 месяцев). Прогресс заболевания осуществлялся в виде роста опухолевой ткани вне зоны лизиса и новых фокусов поражения в других сегментах печени.

При анализе осложнений выделены две группы:

а) Непосредственно связанных с манипуляцией: подкапсульные гематомы (34% на период освоения методики, 8% в дальнейшем); болевой синдром при ЭХЛ (4-6 баллов по визуальной – аналоговой шкале) (27%); внутрибрюшное кровотечение (3%), тромбоз мелких венозных сосудов (13%).

б) Специфические побочные эффекты ЭХЛ:

чувство «ударов» электротоком – непосредственное осложнение (12%); токсический гепатит в виде отсроченного осложнения, (84%).

Появление гематом и кровотечения обусловлено начальными этапами работы (отработка методики, несовершенство электродов), которые были ликвидированы через 3 месяца после начала работы. Выбрана оптимальная локализация электродов: не менее 10 мм от крупных сосудов, диаметр электродов должен не превышать 2 мм.

Качество жизни больных улучшалось в течение 1-3 месяцев, стабилизировалось на 4-6 месяцы и медленно снижалось к 12 месяцу.

Полный ответ на лечение наблюдался у 14 больных с размером очагов до 40 мм. (33,6%), частичный – 10 пациентов (24,4%), стабилизация процесса отмечалась у 8 человек (19,2%) прогресс у 9 больных. Даже при отсутствии полного ответа целесообразны повторные сеансы ЭХЛ для проведения циторедуктивной терапии. Шестимесячная выживаемость составила у больных с неколоректальными метастазами 78%, с колоректальными – 89%, однолетняя выживаемость составила 67 и 85,5% и 1,5 – летняя 32,7 и 81,3% соответственно. Медиана выживаемости составила 12,6 + 2,4 месяца.

Заключение. Имея данные о 1,5 – летней выживаемости и спектре побочных эффектов, можно провести анализ оптимального места ЭХЛ в комбинированном лечении метастазов в печени. Показатели ответа на лечение метода ЭХЛ выше, чем при использовании 96% этанола [1]. Метод электрохимического лизиса сравним с селективной химиотерапией и выше по сравнению с традиционной химиотерапией [2,6]. ЭХЛ имеет значительное преимущество перед химиотерапией в виде отсутствия клинически значимых осложнений. В сравнении с радиочастотной аблацией (RFA), по данным современной литературы [11,13], метод ЭХЛ оптимален для очагов до 60 мм в диаметре, RFA – для более крупных 80 – 120 мм фокусов поражения. ЭХЛ имеет меньшее количество осложнений, т.к. температура в зоне лизиса не

изменяется [10]. При RFA температура достигает 80°C, что вызывает клинику «температурного шока» гепатоцитов. Эффективность этих методов при одинаковых размерах метастазов сравнима. Длительность лизиса при ЭХЛ несколько больше, чем при RFA [12,14].

Литература

1. Борсуков А.В. Диагностика очаговых поражений органов брюшной полости, забрюшинного пространства и методологические основы их терапии под УЗ-контролем: дисс., доктора мед. наук.-Смоленск, 2001.-363 с.
2. Гранов Д.А., Таразов П.Г. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства в лечении злокачественных опухолей печени.- СПб, Фолио.- 2002.- 287с.
3. Пономарев А.А., Куликов Е.П., Караваев Н.С. Опухоли и опухолеподобные образования печени и желчных протоков.- Рязань.- 2000.- 373с.
4. Шалошников А.В. Ятрогенная.- Ростов на Дону.- 1999.- 168с. Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения метастатического рака печени: материалы III Российско – германского симпозиума.- М.- 2001.-267 с.
5. Материалы 10 конференции хирургов – гепатологов России и СНГ.-М.=2003.-236 с.
6. Шалошников А.В., Сидоренко Ю.С., Тетерников А.В., Бордюшков Ю.Н., Непомнящая Е.М., Перфилов А.А. Локальная терапия опухолей печени. Новые направления. Актуальные проблемы современной хирургии: материалы конгресса 22-25 февраля 2003г., Москва
7. Amin Z, Donald JJ, Masters A, Kant R, Steger AC, Bown SG. Hepatic metastases: interstitial laser photocoagulation with real-time US monitoring and dynamic CT evaluation of treatment. Radiology 1993 - 187 -P. 339-47.
8. Baxter PS, Wemyss-Holden SA, Dennison AR, Maddern GJ. Electrochemically induced hepatic necrosis: the next step forward in patients with unresectable liver tumours? Aust NZJ Surg 1998; 68: 637-40.
9. Borsoukov A. B. Toxic hepatitis – A challenging tactic in non-surgical interventional therapies of the liver tumors. Falk Symposium №137: Liver Diseases: Advances in Treatment and Prevention.- Freiburg , 2003.-P. 45
10. Horigome H, Nomura T, Saso R, Fujino N, Murasaki G, Kato Y. Percutaneous radiofrequency ablation therapy using a clustered electrode in the animal liver. Hepatogastroenterology- 2001.- 48.-P. 163-5.
11. Lao YH, Ge TG, Zheng XL, Zhang JZ, Hua YW, Mao SM. Electrochemical therapy for intermediate and advanced liver cancer: a report of 50 cases. Eur J Surg Suppl -1994.- 574.-P. 51-3. Medical Imaging in Gastroenterology and Hepatology.- Hannover.- 2001.-148p.
12. Wemyss-Holden S.A., A.R.Dennison, G.J. Finch, de la M. Hall and G.J.Maddern. Electrolytic ablation as an adjunct to liver resection: experimental studies of predictability and safety. British Journal of Surgery- 2002.- 89.-P. 579-585.

УДК 616.13-089.28

АНТИКОАГУЛЯНТНЫЕ КОМПОЗИЦИИ ДЛЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ МАЛОГО ДИАМЕТРА

Л.И.Вольнец, А.В.Бельков, В.И.Севастьянов, А.Б.Вольнец, А.Н.Евдокимов
Смоленская государственная медицинская академия

Протезирование кровеносных сосудов малого диаметра многие годы остается проблемой сердечно-сосудистой хирургии. Имплантация протезов кровеносных сосудов, диаметром менее 5 мм, нередко осложняется тромбозом [1,2,3].

Перспективным направлением для создания сосудистых заменителей малого диаметра является использование биопротезов [4]. По мнению ряда авторов, наиболее современной в этой области является разработка «саморегулируемых» покрытий, способных имитировать определенные свойства биологических структур [5,6]. Указанными свойствами обладают вещества, содержащие положительно заряженные аминогруппы, способные образовывать комплекс с гепарином [7].

В исследовании, проведенном на базе кафедры факультетской хирургии СГМА и Государственного Центра по исследованию биоматериалов НИИТиО МЗ РФ, представлены экспериментальные данные, позволяющие рекомендовать для обработки поверхности биопротезов аминокислоту аргинин совместно с гепарином.

Материалом для изготовления биопротезов служили трупные человеческие артерии. Контрольными образцами являлись сосудистые биопротезы, консервированные 0,625% раствором глутарового альдегида по стандартной методике [5]. Консервацию протезов 1-й серии опытных образцов выполняли, как и в контрольной серии, с последующей гепаринизацией биоткани [4]. Способ консервации протезов 2-й опытной серии был аналогичен 1-й серии. Модификацию биопротезов осуществляли по оригинальной методике с использованием аминокислоты аргинина и гепарина [10,11]. Перед проведением испытаний все образцы отмывали в физиологическом растворе в течение 2 ч с трехкратной сменой физиологического раствора.

Сравнительная оценка гемосовместимости биоматериала в условиях *in vitro* была проведена на основании:

1. Определения величины гемолиза, индуцированного поверхностью биопротезов [6].
2. Изучения количества адсорбированного альбумина на поверхности биопротезов.
3. Определения количества иммобилизованного гепарина (по толлуидиновому синему) [8].
4. Гемолитического метода определения степени активации системы комплемента сыворотки человека поверхностью биопротеза [9].

Методы оценки гемосовместимости биоматериала в условиях *in vivo*

В острых экспериментах на животных были исследованы биопротезы контрольной, а также 1-й и 2-й опытных серий. Биопротезами, диаметром 2,5-3,5 мм, длиной 28-30 мм, протезировали брюшную отдел аорты у кошек. Всего было прооперировано 3 группы животных по 10 кошек в каждой, в соответствии с серией исследуемых биопротезов. Так, в 1-й группе животных протезирование проводили биопротезами, консервированными глутаровым альдегидом, без последующей обработки, во 2-й группе – гепаринизированными биопротезами, в 3-й группе – биопротезами, обработанными аргинином и гепарином.

Наблюдали функционирующий шунт в течение 2-х часов (или до момента тромбирования протеза) после операции. Далее биопротез, с прилежащими участками аорты, высекали, рассекали по длине, осматривали визуально, осторожно промывали трехкратно в физиологическом растворе и фиксировали в 2,5% растворе глутарового альдегида.

Свойства поверхности биоматериала изучали методом электронной сканирующей микроскопии (микроскоп JSM T-330, Jeol, Япония), на установке JFC-1100 с регистрацией морфологического материала аппаратом AN-10000 (Link Analytical, Англия). Статистическую обработку выполняли с помощью прикладного пакета статистического анализа StatGraphics 2.1.

Результаты исследования. Степень гемолиза, индуцированного поверхностью полимера (α) представлена в таблице 1 для каждой серии биопротезов. Гепаринизация образцов биопротезов статистически достоверно снижала степень гемолиза, индуцированного поверхностью полимера, в 3 раза, по сравнению с исходными образцами ($p < 0,05$). Обработка биопротезов аргинином и гепарином снижала этот показатель в 2,5 раза, по сравнению с образцами 1-ой серии ($p < 0,05$). Различия α 2-й и 3-й серий образцов не были достоверными ($p > 0,05$). Таким образом, независимо от применения аргинина в процессе обработки, гепаринизация биопротезов снижала степень гемолиза, индуцированную контактом с образцами сосудистых биопротезов в 2,5 – 3 раза.

Таблица 1. Степень гемолиза, индуцированного поверхностью полимера

Образец	1 серия (биопротез-ГА)	2 серия (биопротез+ГА+Гп)	3 серия (биопротез+ГА+Гп+Арг)
Степень гемолиза (α), %	$1,38 \pm 0,08$	$0,44 \pm 0,06$ *	$0,50 \pm 0,09$ *

Примечание: * - достоверность различий показателей степени гемолиза образцов биопротезов 2-й и 3-й серий, по сравнению с 1-й серией образцов ($p < 0,05$).

Количество адсорбированного сывороточного альбумина на поверхности биопротеза в 3-х сериях образцов статистически достоверно не отличались между собой ($p > 0,05$) (табл. 2). Таким образом, можно предположить, что обработка поверхности биоткани как гепарином, так и аргинином с гепарином не оказала существенного влияния на адсорбцию альбумина.

Таблица 2. Количество адсорбированного сывороточного альбумина на поверхности биопротеза

Образец	1 серия (биопротез+ГА)	2 серия (биопротез+ГА+Гп)	3 серия (биопротез+ А+Гп+Арг)
Сывороточный альбумин (мкг/см ²)	176 ± 48	140 ± 21	173 ± 22

Количество иммобилизованного гепарина (по толщинному синему). Прямая гепаринизация биопротеза сопровождалась иммобилизацией незначительно большего количества антикоагулянта, по сравнению с исходными образцами 1-й серии ($p > 0,05$). Введение аргинина в раствор гепарина в несколько раз статистически достоверно повышало количество связанного гепарина ($p < 0,05$), (табл.3).

Таблица 3. Количество иммобилизованного гепарина (по толщинному синему)

Образец	1 серия (биопротез+ГА)	2 серия (биопротез+ГА+Гп)	3 серия (биопротез+ ГА+Гп+Арг)
Иммобилизованного гепарина (мкг/см ²)	0,23 ± 0,05	0,29 ± 0,02	0,50 ± 0,07 *
Иммобилизованного гепарина (мкг/см ²) с учетом неспецифического связывания.	—	0,06 ± 0,05	0,27 ± 0,08

Примечание: * - достоверность различий показателей образцов биопротезов 3-й серии по сравнению с 1-й и 2-й сериями ($p < 0,05$).

Степень активации системы комплемента поверхностью. В качестве критерия активирующего действия чужеродной поверхности на систему комплемента использовали величину относительной константы скорости индуцированной активации системы комплемента ($K_{инд}$). В таблице 4 представлена $K_{инд}$ для каждой из трех серий образцов биопротезов. Прямая гепаринизация исходного биопротеза сопровождалась снижением активации системы комплемента в 2,5 раза ($p < 0,05$). Обработка биопротезов растворами гепарина и аргинина снижала активацию системы комплемента, по сравнению с исходными и гепаринизированными образцами, в 7,5 и 3 раза соответственно ($p < 0,05$).

Таким образом, введение в обработку биоткани аргинина одновременно с гепарином не только сохранило гемосовместимые свойства биопротезов, но и позволило улучшить их тромборезистентные качества за счет увеличения количества связанного на поверхности гепарина и снижения активации системы комплемента.

Таблица 4. Степень активации системы комплемента поверхностью

Образец	1 серия (биопротез+ГА)	2 серия (биопротез+ГА+Гп)	3 серия (биопротез+ ГА+Гп+Арг)
$K_{инт} \cdot 10^6$ ($см^2 \cdot с^{-1}$)	$1,5 \pm 0,3$	$0,6 \pm 0,28$ *	$0,2 \pm 0,1$ */**

Примечание: * - достоверность различий показателей образцов 2-й и 3-й серий по сравнению с 1-й серией ($p < 0,05$); ** - достоверность различий показателей 3-й серии образцов со 2-й серией биопротезов ($p < 0,05$).

Результаты оценки гемосовместимости биопротезов в условиях *in vivo*.

Исследование проходимости образцов биопротезов в условиях *in vivo* в течение 2 часов после имплантации показало, что в 1-й группе животных произошло тромбирование биопротезов в 100% случаев.

Во 2-й и 3-й группах животных, тромбирования биопротезов в течение 2-х часов после наложения анастомоза не наступило. Макроскопический осмотр внутренней поверхности препаратов этих групп, включавших биопротез и участки аорты, не выявил различий: микротромбов поверхность не содержала, качество анастомозов было удовлетворительным. Однако визуализация поверхности биопротезов при сканирующей электронной микроскопии продемонстрировала различия образцов во 2-й и 3-й группах животных. Так, на внутренней поверхности биопротезов, обработанных аргинином и гепарином, наблюдали лишь единичные адгезированные тромбоциты, а в некоторых полях зрения полное отсутствие кровяных пластинок (рис.1А). Количество адгезированных тромбоцитов на гепаринизированных биопротезах было в несколько раз выше (рис.1Б).

Заключение. На основании проведенных комплексных исследований можно заключить, что разработанная модификация биопротезов малого диаметра аргинином и гепарином позволила улучшить тромборезистентные свойства биоткани не только по сравнению с исходными гомеоконсервированными биопротезами, но и с гепаринизированными образцами. Предложенная модификация биопротезов аргинином и гепарином является перспективной в плане создания протезов кровеносных сосудов малого диаметра, обладающих высокими тромборезистентными свойствами.

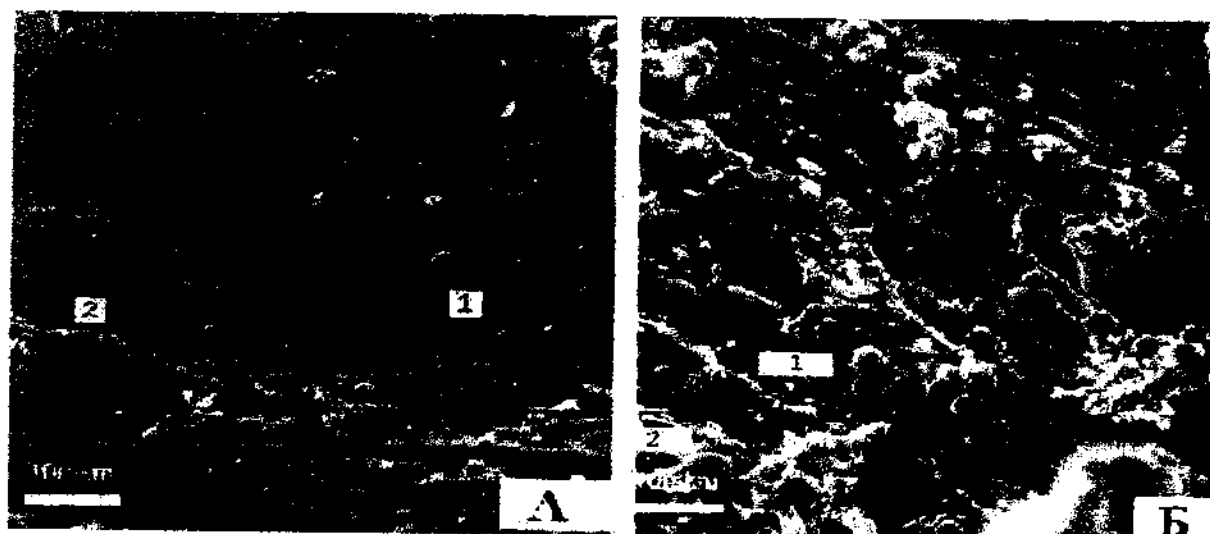


Рис.1. Сканирующая электронная микроскопия внутренней поверхности биопротеза. А) обработанного аргинином и гепарином; Б) гепаринизированного

Литература

1. Барбараш Л.С., Журавлева И.Ю., Лучанкин А.А. Эпоксидные соединения в консервации ксенопротезов кровеносных сосудов (сообщение I) // Ангиология и сосудистая хирургия.-1996.- №2.-С.86-92.
2. Бельков А.В., Севастьянов В.И., Немец Е.А., Вольнец Л.И. Способ обработки биологических протезов сосудов // Заявка на изобретение № 2002 121 528 (022366) от 5.08.02 г., положительное решение от 24.12.03.
3. Бельков А.В., Севастьянов В.И., Немец Е.А., Вольнец Л.И. Способ обработки биологических протезов сосудов // Заявка на изобретение № 2002 122 513 (023698) от 19.08.02 г., положительное решение от 12.01.04.
4. Гусинский А.В., Седов В.М., Серебрянский Ю.Б. и др. Результаты использования отечественных сосудистых протезов «Экофлон» // Вестник хирургии.-2002.-№1.-С.11-16.
5. Лебедев Л.В., Седов В.М., Михайлов И.В. и др. Применение синтетического сосудистого протеза «экофлон» в клинике (пособие для врачей).- Санкт-Петербург, 1999.-21с.
6. Немец Е.А., Касатов Д.А., Севастьянов В.И. Взаимодействие гепарина с аминокислотными материалами // Вопросы медицинской химии, 2001.- Т. 47.- Вып. 5.-С. 526-536. Сборник методических рекомендаций по оценке биосовместимых свойств искусственных материалов, контактирующих с кровью: Метод. рекомендации.- М., 1990.- 70с.
7. Севастьянов В.И. Материалы медицинского назначения: настоящее и будущее // Вестник трансплантологии и искусственных органов.-1999.-№ 1.-С.32-39.
8. Севастьянов В.И., Журавлева И.Ю., Беломестная З.М., Немец Е.А. и др. Влияние способа консервации биоткани на механизм взаимодействия ксенопротезов кровеносных сосудов малого диаметра с компонентами крови // Биосовместимость.-1995.- Т. 3.-№3-4.-С.133-148.
9. Ninomiya J., Tanaka S., Shoji T., Noishiki Y. Late results of clinical experiments with small caliber biological grafts // Artif. Organs.- 1995.- Vol 19.-P. 46-50.
10. Sevastianov V.I., Tseytlina E.A. The activation of complement system by polymer materials and their blood compatibility // J. Biomed. Mater. Res.-1984.- Vol.18.- P. 969-978.

УДК 616.36.37

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МИКРОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

В.В. Лаптев, А.Ю. Цхаев

Кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета ГОУ ВПО РГМУ

Причиной “идиопатических” заболеваний органов панкреатобилиарной зоны в большинстве случаев является микрохоледохолитиаз. Желчный микролитиаз проявляется наличием в желчи микроагрегаций кристаллов и мелких конкрементов [1,5]. По сравнению с холедохолитиазом при желчном микролитиазе риск развития острого панкреатита выше, причем деструкция железы более значительна [2].

Применяемый в настоящее время диагностический алгоритм при холедохолитиазе, осложненном острым панкреатитом, механической желтухой и холангитом, включающий ультразвуковое исследование, ретроградную панкреатохолангиографию при микрохоледохолитиазе, не информативен [4].

Лечение больных с осложненным микрохоледохолитиазом в большинстве случаев является симптоматическим, так как этиология заболевания долгое время остается нераспознанной, что приводит к рецидивам заболевания. С увеличением длительности заболевания возрастает риск развития серьезных осложнений.

Визуализация микролитов проводилась нами с помощью поляризационной микроскопии холедохеальной желчи (микроскоп ПОЛАМ С-111).

В клинике лечилось 48 больных с микрохоледохолитиазом. У 25 пациентов микрохоледохолитиаз осложнился механической желтухой, в 8 случаях желтуха сочеталась с острым холециститом, а в 6 - холангитом. В большинстве случаев отмечалась печеночная недостаточность легкой степени тяжести. У 14 больных с микрохоледохолитиазом развился

острый панкреатит, причем у 6 из них имелась отечная форма панкреатита, у 5-жировой панкреонекроз, у 3- геморрагический панкреонекроз. У остальных 9 пациентов микрохоледохолитиаз манифестировался клиникой печеночной колики. 13 пациентов с микрохоледохолитиазом ранее перенесли холецистэктомию, 8 человек не имели камней в желчном пузыре, а у 27 был диагностирован холецистолитиаз. При ультразвуковом исследовании ни у одного из них не выявлено признаков билиарной гипертензии. Показаниями к ЭРПХГ у 25 пациентов явились механическая желтуха, у 14 - острый рецидивирующий панкреатит и у 9 - больных клиничко-анамнестические данные и увеличение уровня маркеров холестаза. При дуоденоскопии в 7 случаях выявлен парапапиллярный дивертикул. При ЭРПХГ достоверных признаков холедохолитиаза у больных не выявлено.

Забор желчи для поляризационной микроскопии производили при дуоденоскопии путем канюляции общего желчного протока полихлорвиниловым катетером, используемого для ЭРПХГ. Количественная оценка производилась [3] по схеме, предложенной Juniper и Burson (табл. 1).

Все образцы фотографировались. Кристаллы холестерина были бесцветны, прозрачны, с параллельными краями в виде четырехугольных структур.

Таблица 1. Классификация микрохоледохолитиаза (Juniper et Burson, 1957)

Количество кристаллов	В препарате (x 100)	В поле зрения (x400)
Стадия 1	менее 10	-
Стадия 2	10-25	-
Стадия 3	более 25	менее 1
Стадия 4	-	более 1

Гранулы билирубина идентифицировались в виде кирпично-красных или темно-коричневых аморфных масс, либо в виде светло-коричневых или янтарного цвета гранул. Микросферолиты карбоната кальция имели вид кристаллических сфер или овалов с концентрическими кругами. Они были прозрачны, бесцветны или же имели различные оттенки.

Желчные кристаллы были обнаружены у 47 пациентов (рис. 1). 4 человека имели микролитиаз первой, 4 - второй, 10 - третьей и 29 - четвертой стадии. У 1 больного кристаллических структур в желчи не выявлено.

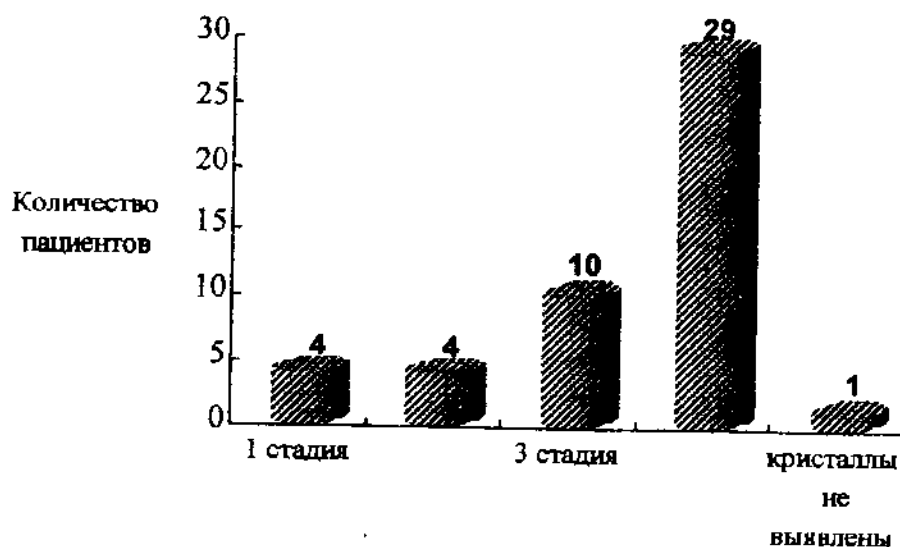


Рис. 1. Распределение больных по стадиям микрохоледохолитиаза.

Результаты исследования продемонстрировали высокую корреляцию между наличием в холедохоальной желчи кристаллических структур, соответствующим 3 и 4 стадиям микролитиаза, и панкреатобилиарной патологией. Чувствительность метода составила - 97,6 %, диагностическая точность - 94,1 %, специфичность - 85,7 %.

Расценивая микрохоледохолитиаз как раннюю стадию желчнокаменной болезни и учитывая опасность тяжелых осложнений (механическая желтуха, холангит, панкреонекроз), мы разделяем позицию большинства авторов, считающих необходимым выполнение этим больным эндоскопической папиллосфинктеротомии. Последнее время в литературе появились сообщения об эндоскопической баллонной дилатации фатерова сосочка при микрохоледохолитиазе.

У 39 из 48 больных с микрохоледохолитиазом была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, при этом в 12 случаях после рассечения сосочка отмечалось выделение "замазкообразной" желчи. Осложнений и летальных исходов не было. Динамическое наблюдение за 18 пациентами с микрохоледохолитиазом, включая микроскопию желчи, в течение 1-2 лет после папиллосфинктеротомии, констатировало отсутствие как клинических проявлений микрохоледохолитиаза, так и кристаллических структур желчи.

Полученные данные позволяют считать поляризационную микроскопию протоковой желчи высоко эффективным методом диагностики микрохоледохолитиаза, позволяющим своевременно установить показания к выполнению эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке и предотвратить развитие грозных осложнений заболевания.

Литература

1. Лисиенко В.М., Запецкий Е.В. Исследование желчи в диагностике желчнокаменной болезни. Хирургия.-1986.- N 4.- С. 89-93.
2. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Иванова Т.В. Поляризационная микроскопия желчи в диагностике микрохоледохолитиаза. Хирургия. 1999.- 5. С.15-17.
3. Juniper K., Burson E. Biliary tract studies. The significance of biliary crystals.- Gastroenterology.- 1957.- No 32.- p. 175-211.
4. Delcher J.C., Benfredj P., The usefulness of microscopic bile examination in patients with suspected microlitiasis; a prospected evaluation.- Hepatology.- 1986.- No 6/1/- p. 118-22.
5. Louis Buscail, Jean Escourrou. Microscopic examination of bile directly collected during endoscopic cannulation of the papilla - Digestive Diseases and Sciences.- 1992.- 37.-1.- p. 116-120.

УДК 617.586:616.379-008-64

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А. Д. Лебянов, Ю. Н. Жинко, А. А. Ефремов

Смоленская государственная медицинская академия

Последние несколько десятилетий характеризуются значительным увеличением числа больных, страдающих сахарным диабетом (СД). Ежегодно число больных СД увеличивается на 5-7%, а каждые 10 лет количество заболевших удваивается [8]. Врачи многих специальностей сталкиваются с проявлениями СД, так как это заболевание поражает практически все системы организма. Однако у 30-40% больных СД наиболее опасные осложнения возникают со стороны нижних конечностей и обусловлены они, как правило, развивающимися патологическими изменениями стопы с развитием у 20-25% пациентов гнойно-некротических процессов вплоть до гангрены стопы [1,4,5].

Согласно Сент-Винсентской декларации [1996] и Международному соглашению по диабетической стопе [2000], СДС трактуется как одно из хронических осложнений СД, связанное с комплексом анатомо-функциональных изменений, приводящих к язвенно-некротическим процессам и диабетической гангрене [7]. Патогенез диабетической стопы сложен: в его основе лежат полинейропатия и ангиопатия, на фоне которых могут развиваться различные гнойно-некротические процессы. При этом основной или начальной формой проявления заболевания некоторые авторы считают нейропатию, которая в свою очередь приводит к развитию ангиопатии. Однако клинические наблюдения свидетельствуют, что эти процессы, как правило, протекают параллельно, только в одних случаях преобладают поражения нервных окончаний, а в других – сосудов. Причем большинство исследователей считают, что ведущую роль в развитии ишемически-некротических процессов играет не микро-, а макроангиопатия [3, 7]. Атеросклеротический процесс при макроангиопатии у больных СД имеет ряд особенностей: более дистальную локализацию, более молодой возраст больных, мультисегментарное и двустороннее поражение сосудов, относительно частое возникновение у женщин [7].

Материалом для нашего исследования послужил анализ 126 историй болезни больных с гнойно-некротическими поражениями мягких тканей и гангреной стопы, протекающими на фоне сахарного диабета. Лиц мужского пола было 59 (45,8%), женского - 67 (53,2%). Наибольшее число больных (64%) было в возрасте от 46 до 72 лет. Длительность заболевания сахарным диабетом составляла от 1 года до 19 лет. Диабет легкой степени (по классификации ВОЗ) установлен у 32 (25,4%) больных, средней тяжести - у 65 (51,6%) и тяжелой - у 29 (23%). У 96 (76,1 %) обследованных гипергликемия сопровождалась глюкозурией. У 21,2% больных гнойно-некротический процесс мягких тканей поражал всю стопу с распространением воспалительной реакции на дистальный отдел голени. В последней группе больных на фоне выраженных нарушений микроциркуляции присоединялся инфекционный процесс, который становился доминирующим в генезе гнойно-некротического поражения мягких тканей и гангрены нижних конечностей с четкими проявлениями альтерации.

Нейропатически - инфицированная форма диабетической стопы диагностирована у 58 (46%) больных. Для этой группы больных были характерны более длительное течение сахарного диабета, наличие других осложнений (нефропатия, ретинопатия). Предрасполагающими факторами развития инфекции являлись гипостезия и гипоалгезия, являющиеся признаком диабетической нейропатии. Повреждения поверхности кожи (мелкие травмы, мозоли, потертости, подкожные гематомы, вросшие ногти) обычно остаются незамеченными больными. Из-за снижения или отсутствия болевой чувствительности пораженную стопу не берегут, обработка ран не производится. Как следствие этого происходит бактериальное обсеменение ран и гематом, а в местах наибольшего давления абсцессы и изъязвления. Перифокальная инфекция обычно распространялась в проксимальном направлении с развитием флегмон. При этом подколенные артерии нередко оставались малоизмененными и пульс на стопе определялся, кожные покровы голени были теплые, но, как правило, отмечался выраженный отек стопы.

Ишемически-гангренозная стопа установлена у 12 (9,5%) больных. Заболевание развивалось на фоне поражения сосудов голени и стоп и характеризовалось некрозами кончиков пальцев и в области пяток. При этой форме заболевания стопа обычно была цианотичной, холодной, пульсация ослаблена или отсутствовала. Отмечалась выраженная болезненность в области поражения.

Смешанная форма встречалась у 56 (44,5%) больных. Эта форма представляется особенно опасной в отношении прогноза результатов лечения. Боли, характерные для ишемического поражения, длительное время остаются маловыраженными и не привлекают должного

внимания больного и врача поликлиники (терапевта, эндокринолога и хирурга). В результате возникают обширные язвы, глубокие флегмоны подошвы, тяжелые костно-суставные поражения стопы.

Бактериологический анализ содержимого поверхности ран язв, свищей показал, что у 62,3% больных возбудители были представлены в виде микробных ассоциаций. Преобладали стафилококки (54% наблюдений), реже встречались стрептококки, кишечная и синегнойная палочка, протей. Следует отметить высокую частоту выделения синегнойной палочки (у 12% больных), что, вероятно, обусловлено длительным амбулаторным лечением больных и глубоким некрозом тканей. Кроме того, в ассоциациях встречались *Aerinetobakter spp*; *Klebsiella spp.* и др. На основании клинических признаков у 9 (7,1%) больных диагностирована неклостридиальная анаэробная инфекция. При этом отсутствовала спонтанная или пальпаторная болезненность и кровоточивость тканей, а при разрезе имелось скудное отделяемое с ихорозным запахом.

Таблица 1. Клинические формы синдрома диабетической стопы

Характер патологии стопы	Число больных	
	Абс.	%
Нейропатически-инфицированная	58	46
Ишемически-гангренозная стопа	12	9,5
Смешанная форма поражения стопы	56	44,5
Всего	126	100

Комплексное лечение больных проводилось с учетом степени тяжести течения СД. При этом мы придерживались наиболее адекватной, по нашему мнению, схемы лечения. Лечение, как правило, проводилось при участии эндокринолога, терапевта и невропатолога. Схема интенсивной терапии в обязательном порядке включала соответствующую диету, назначение инсулина и сахаропонижающих препаратов на основе учета показателей гликемического и глюкозурического профиля. Инсулины короткого действия назначали обычно не реже 3-4 раз в сутки.

Антибиотикотерапию проводили при любом типе поражения стопы. При этом мы исходили из принципиального положения, что лечение гнойно-некротической патологии стопы антибиотиками без хирургической обработки, равно как и проведение оперативных вмешательств без параллельного назначения антибактериальных препаратов не обосновано. Наилучших результатов лечения можно достичь только при параллельном проведении оперативного лечения и антибактериальной терапии. В качестве противомикробного лечения при гнойно-некротических прогрессирующих процессах использовали фторхинолоны (ципрофлоксацин), клиндамицин, цефтазидим, цефалоспорины с улучшенными фармакокинетическими свойствами, метрогил, с последующей ее коррекцией в соответствии с чувствительностью выделяемой микрофлоры.

К обязательным компонентам консервативного лечения относились антикоагулянты (гепарин - до 20 т.ед. в сутки), дезагреганты (аспирин, актовегин, трентал), низкомолекулярные дескстраны, а также препараты, улучшающие реологические свойства крови и анаболические процессы, витамины группы В, никотиновая кислота и витамин С. У части больных использовали антиоксиданты (вит. Е) и иммунотерапию (введение иммуноглобулинов, миелопида, препаратов тимуса и др.).

Хирургическое пособие оказывали в объеме, рекомендуемом целым рядом авторов в лечении осложнений диабетической стопы. Объем хирургического вмешательства зависел от формы, глубины, локализации и распространенности поражения. При гнойно-некротическом поражении мягких тканей стопы проводили широкое раскрытие гнойного очага с его санацией. В качестве антисептика у большинства больных использовали пливасепт, 1% раствор диоксидина и 0,05% раствор хлоргексидина. Ампутации произвели у 27 (21,4%) больных, у которых были выявлены выраженные костно-суставные изменения. В этой группе больных малые ампутации с сохранением опорной функции стопы (ампутация и экзартикуляция пальцев, ампутация и резекция сегментов стопы) выполнены у 14 больных (51,8%). Вопрос об уровне ампутации при гангрене нижних конечностей решался строго индивидуально. Показаниями к осуществлению «малых ампутаций» являлись признаки некроза и демаркации при сохранении пульсации на бедренных и подколенных артериях, отсутствие выраженного отека конечности. Выполненные локальные операции в большинстве наблюдений имели самостоятельное значение и не являлись этапом подготовки к высокой ампутации на уровне бедра.

В связи с преобладанием больных с запущенными осложненными формами поражения стопы, их поздней госпитализацией, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, обусловленных или стимулированных диабетом, за последние годы наметилась тенденция, к увеличению случаев высокой ампутации конечности (на уровне бедра). Доля ампутации на уровне бедра и голени составила 48,2% (у 13 больных). После высокой ампутации бедра на фоне тяжелой формы сахарного диабета летальный исход наступил у 4 (30,8%) больных. Причинами смерти были сердечно-сосудистая и почечная недостаточность (2), сепсис (1) и нарушение мозгового кровообращения (1).

Таблица 2. Характер операций у больных и исходы хирургического лечения

Больные (n = 126)	Вскрытие и дренирование гнойного очага, некрэктомия		Ампутации (27 больных - 21,4%)			
			Экономные (пальцев и стопы)		Высокие (на уровне голеней и бедра)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Число оперированных	99	78,6	14	51,8	13	48,2
Число умерших Летальность, %			4 30,8%			

Неудовлетворительные результаты терапии осложненных форм ДС побуждают к поиску альтернативных методов лечения. В последние годы при лечении различных гнойно-воспалительных процессов начали применять методы озонотерапии (ОТ) и растворы гипохлорита натрия (NaClO). Установлено, что озон и NaClO обладают детоксикационным, антимикробным и противовоспалительным действием, улучшают микроциркуляцию и оксигенацию тканей, а также способствуют нормализации обменных процессов и иммунитета [2, 6].

В комплекс лечения 36 больных (2 группа) нами были включены методы ОТ и 0,05% - 0,1% растворы NaClO. Для этого в течение 7-14 суток проводились внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора (200 - 400 мл ОФР в сутки с концентрацией O₃ - 2-4 мг/л) и аэрация пораженной конечности озон-кислородной газовой смесью. При поверхностных ишемически-инфицированных процессах в мягких тканях стоп аэрацию пораженной конечности проводили в пластиковом изоляторе в течение 10-15 минут до купирования явлений ишемии и воспаления. При гнойно-некротических осложнениях используемый нами метод включал хирургическую обработку очага (вскрытие, экономное

иссечение и удаление гнойно-некротических масс), промывание ОФР с концентрацией O_3 6–10 мг/л и 0,05–0,1% растворами $NaClO$, введение в очаг турунд и тампонов, пропитанных теми же растворами. Концентрация растворов зависела от тяжести гнойно-воспалительного процесса.

При сопоставлении результатов лечения в репрезентативных группах больных выявлено, что снижение уровня среднемолекулярных омегапептидов плазмы крови у пациентов 2-й группы происходит на 3–6 суток раньше, чем у пациентов 1-й группы, леченных общепринятыми методами. Наряду с этим быстрее нормализуется температура тела и стабилизируется содержание глюкозы в крови. Сроки бактериальной деконтаминации ран ниже критического уровня и обусловленная ими продолжительность антибиотикотерапии в первой группе составила в среднем 8,6 дня, а во 2-й группе – 5,2 дня, что свидетельствует о выраженном антибактериальном эффекте использования физико-химических методов лечения.

Кроме того, отмечено сокращение длительности первой и второй фазы раневого процесса и продолжительности лечения больных в стационаре (29,4 дня в 1-й группе и 21,8 – во 2-й), а также уменьшение количества повторных оперативных вмешательств (в 1-й группе среднее количество операций на 1 оперированного составило 3,8; во 2-й группе – 1,5) и на 19,4% снизилась частота высоких ампутаций на уровне бедра и голени.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности применения озона и гипохлорита натрия в лечении больных с синдромом диабетической стопы и дают основания рекомендовать их включение в комплексную терапию пациентов с этой тяжелой патологией.

Литература

1. Балаболкин М. И. Диабетология. – М.: Медицина, 2000. – 672 с.
2. Винник Ю. С., Перьянова О. В., Якимов С. В. и др. Применение озонотерапии в деконтаминации желудочнокишечного тракта у больных панкреонекрозом // Нижегородский медицинский журнал. Озонотерапия. – 2003. – С. 174–175.
3. Галстян Г. Р. Синдром диабетической стопы // Новый медицинский журнал. – 1998. – №3. – С. 21–23.
4. Дедов И. И., Анциферов М. Б., Галстян Г. Р. и др. Синдром диабетической стопы. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. – М.: Универсум Паблишинг, 1998. – С. 115–116.
5. Земляной А. В., Пальцын А. А., Светухин А. М. и др. Обоснование и варианты тактики комплексного лечения гнойно-некротических форм диабетической стопы // Хирургия. – 1999. №10. – С. 44–48.
6. Лебянов А. Д. Альтернативные методы детоксикации и иммунокоррекции в лечении гнойно-воспалительной патологии органов брюшной полости: дис. ... д-ра мед. наук. – Смоленск, 1999. – 285 с.
7. Международное соглашение по диабетической стопе. – М.: Изд-во Берег. 2002. – 96 с.
8. Amos A. F., Mc Carty D. J., Zimmer P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010// Diabet Med. – 1997. – №14., Suppl. 5. – p. 1–85.

УДК: 616.366-089.166-06

РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

В.И. Малаярчук, Ф.В. Базилевич, З.Ш. Абашидзе, А.С. Габоян, А.Е. Климов
Российский университет дружбы народов. Кафедра хирургии

В данной работе представлен опыт лечения 434 больных механической желтухой различного генеза. Доказана необходимость предоперационной билиарной декомпрессии, определены сроки предоперационной подготовки больных в зависимости от степени тяжести механической желтухи.

Лечение больных механической желтухой – одна из острых проблем хирургической гепатологии. Длительный холестаза и гипертензия в желчных протоках вызывают глубокие морфологические и функциональные изменения в печени, сопровождающиеся билирубинемией, которые приводят к таким грозным осложнениям, как острая печеночно-

почечная недостаточность. Хирургические вмешательства в условиях механической желтухи сопровождаются высокой летальностью, достигая 34,4%, а при развитии острой печеночной недостаточности - до 60-90%.

В клинике кафедры хирургии Российского университета дружбы народов за период с 1994 по 2002 гг. находилось на обследовании и лечении 434 пациента с обтурационной желтухой различной этиологии. Все пациенты, поступившие в стационар с механической желтухой, разделялись на две большие группы в зависимости от генеза механической желтухи – пациенты с доброкачественной этиологией обтурации желчных путей (296 (68 %) больных) и пациенты со злокачественной обтурацией (138 (32 %) больных)

Для выяснения этиологии механической желтухи у наблюдавшихся больных применялись следующие методы исследования: ультразвуковая томография; эзофагогастродуоденоскопия; дуоденоскопия; ретроградная холангиопанкреатография; чрескожно-чреспеченочная холангиография; магнитно-резонансная томография и магнитно-резонансная холангиопанкреатикография. Для динамического контроля состояния больных и оценки их клинического состояния использовался общепринятый критерий - степень тяжести желтухи. Определение показаний к тем или иным методам лечения производилось на основании этого параметра.

Полученные данные позволили разделить всех больных механической желтухой доброкачественного и злокачественного генеза на три группы в зависимости от степени тяжести механической желтухи. Критериями классификации послужили данные биохимических показателей крови (уровень билирубина, АЛТ, АсАТ, креатинин, мочевины) и данные ультразвуковой томографии (диаметр желчного протока).

При поступлении у большинства больных (53,2 %) преобладала I степень тяжести механической желтухи, количество больных с наиболее тяжелой механической желтухой – III степень – было преобладающим у больных с опухолевой обтурацией желчных путей. В группе больных с доброкачественным генезом механической желтухи в 71,3% случаев причиной последней явился холедохолитиаз с холангитом, наибольшее количество пациентов – 75,3% были со второй степенью тяжести механической желтухи. Причинами же механической желтухи опухолевого генеза в подавляющем большинстве случаев были опухоль головки поджелудочной железы (50,7%) и рак общего желчного протока (30,4%). При опухолях головки поджелудочной железы с первой степенью тяжести были 51,7% больных, со второй степенью – 51,3% и с третьей степенью тяжести – 48,6% пациентов. При раке общего желчного протока преобладали пациенты с третьей степенью тяжести механической желтухи.

Методами декомпрессии желчных путей были ретроградные эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке с наружным и внутренним дренированием желчного дерева посредством эндоскопической папиллосфинктеротомии, установки назобилиарного или потерянного дренажа, а так же антеградные чрескожные вмешательства. Чрескожная холецистостомия с целью снижения протоковой гипертензии в предоперационном периоде преобладала в группе больных с опухолевой желтухой – в 20,0%. Назобилиарное дренирование в большинстве случаев проводилось больным с доброкачественной желтухой, осложненной холангитом (19,6%), и пациентам с опухолевой желтухой в качестве предоперационной подготовки в 17,5% случаев, назобилиарное дренирование не выполнялось больным с неоперабельными опухолями панкреатодуоденальной области. Холецистостомия в качестве предоперационной подготовки в 22,5% случаев выполнена больным с опухолевой желтухой. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией выполнялась больным с доброкачественной желтухой, причем в качестве предоперационной подготовки в 80,5%

случаев. Эндопротезирование явилось наиболее частым видом дренирования у больных с неоперабельными опухолями панкреатодуоденальной области – 92,3%.

При I степени тяжести механической желтухи неопухолевого и опухолевого происхождения положительная динамика со стороны всех показателей отмечалась уже на 5-е сутки от момента дренирования. Причем нормализация билирубинемии и холангиоэктазии быстрее происходила в группе больных механической желтухой доброкачественного генеза, а нормализация печеночно-почечных проб быстрее в группе больных со злокачественной обтурацией внепеченочных желчных протоков. Это обусловлено, по-видимому, тем, что при острой обструкции желчных протоков, что характерно для неопухолевых желтух, печеночно-почечная недостаточность более выражена, чем при медленно нарастающей обтурации при желтухах опухолевого происхождения.

При II степени тяжести механической желтухи при злокачественном ее происхождении дольше сохраняется холангиоэктазия, билирубинемия даже после адекватного дренирования желчного дерева. При III степени тяжести механической желтухи, независимо от ее природы, в течение первой недели после дренирования желчного дерева, несмотря на снижение уровня билирубинемии, происходит нарастание печеночно-почечной недостаточности. Наблюдаемое парадоксальное нарастание печеночно-почечной недостаточности, развивающейся после разгрузки желчевыводящих путей, объясняется «синдромом отмены», генез которого основан на быстром опорожнении билиарного тракта и снижении давления в портальной системе, что приводит к нарушению микроциркуляции в печени, гипоксии и некрозу гепатоцитов (синдром цитолиза). На 12-е сутки от момента дренирования происходит относительная нормализация печеночно-почечных проб при сохраняющейся умеренной холангиоэктазии и билирубинемии.

Таким образом, у больных с I степенью тяжести механической желтухи как неопухолевого, так и опухолевого генеза сроки от начала дренирования до оперативного лечения должны быть не менее 5 суток. У больных со II и III степенью тяжести механической желтухи доброкачественного и злокачественного генеза сроки от начала дренирования до оперативного лечения должны быть не менее 12 суток. В противном случае, в послеоперационном периоде будет усугубляться печеночно-почечная недостаточность, обусловленная «синдромом отмены». При I степени тяжести механической желтухи не наблюдалось парадоксального нарастания печеночно-почечной недостаточности после дренирования билиарного тракта в связи с отсутствием изначально выраженной желчной гипертензии. Сроки пребывания в стационаре в группе больных с доброкачественной желтухой, которым проводилось предоперационное дренирование, достоверно ($p < 0,05$) снизились с $29,7 \pm 1,8$ до $19,2 \pm 1,3$ суток; в группе больных со злокачественной желтухой данный показатель снизился с $27,2 \pm 1,8$ до $20,1 \pm 1,5$ суток.

Общая летальность в группах больных с механической желтухой различного характера составила 9,9% (43 пациента). Отмечается статистически достоверное снижение летальности в послеоперационном периоде ($p < 0,05$) в группах больных с предоперационным дренированием желчного дерева: при доброкачественной желтухе с 8,1% до 3,0%; при опухолевой желтухе - с 24,2% до 15,0%. Также наблюдается меньшее количество летальных исходов (21,9%) в группе не оперированных дренированных больных по сравнению с группой больных, оперированных без предоперационной декомпрессии билиарного тракта.

Сопоставляя результаты лечения больных с механической желтухой различного происхождения с учетом степени тяжести механической желтухи, видно преимущество предоперационной подготовки больных с декомпрессией желчных путей.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕАТОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

*В.И. Малярчук, Ф.В. Базилевич, А.Е. Климов, А.С. Габоян, В.Ю. Малыга, О.Н. Петенко
Российский университет дружбы народов, кафедра хирургии*

Отмечен неуклонный рост заболеваемости раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны [Veseridis V.P., 1994]. Радикальной операцией при опухолях этой локализации является панкреатогастродуоденальная резекция. Однако резектабельность при этих опухолях остается низкой и составляет 27%. Основные осложнения связаны с вмешательством на поджелудочной железе и формированием панкреатикоэнтероанастомоза, несостоятельность которого часто приводит к летальному исходу. Одна из причин этого связана как с техникой оперирования, шовным материалом, так и с методикой формирования панкреатикоэнтероанастомоза и системы пищеварения в целом.

Материалы и методы. В хирургической клинике Российского университета дружбы народов с 1986 по 2003 гг. выполнено 70 гастропанкреатодуоденальных резекций, из них 24 (34,2 %) по поводу рака головки поджелудочной железы, 34 (49 %) по поводу опухоли большого дуоденального сосочка, 11 (15,7 %) по поводу рака дистального отдела холедоха и 1 (1,1 %) по поводу опухоли двенадцатиперстной кишки.

При выполнении гастропанкреатодуоденальной резекции методика реконструкции желудочно-кишечного тракта у всех 70 больных была одинаковой, различия были лишь в методах обработки культи поджелудочной железы. В 45 (64 %) случаях панкреатикоэнтероанастомоз формировался на дренаже панкреатического протока, 23 (32,5 %) случая - без наружной панкреатикостомы и в 2 (3,5 %) случаях культи поджелудочной железы была исключена из пищеварения.

Результаты и обсуждение. Реконструктивный этап выполняется по разработанной в клинике оригинальной методике, представленной на схеме 1.

Большое внимание при выполнении данной операции уделяется щадящему отношению к ткани поджелудочной железы. Обязательным элементом операции должна быть лимфаденэктомия. Основное внимание при панкреатогастродуоденальной резекции уделяется технике операции для предупреждения развития послеоперационного панкреатита и несостоятельности панкреатикодигестивного соустья. Для этого необходимо соблюдение следующих условий: исключение контакта рассеченной ткани железы с просветом кишки и заброса ее содержимого в панкреатический проток; минимальная травма железы и предупреждение воспаления в лигатурных каналах; беспрепятственный отток панкреатического секрета; создание оптимальных условий для функционирования оставшейся части поджелудочной железы и органов пищеварения после реконструктивного этапа операции; разобитие пищевого кома и желчи с панкреатическим соком, предотвращающего развитие интестинобилиарного и интестинопанкреатического рефлюксов, что приводит к развитию холангита и панкреатита.

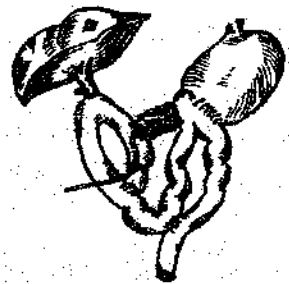


Схема 1.

Надежность анастомоза обеспечивается прецизионной техникой, применением инертных шовных материалов, наружной декомпрессией панкреатического протока, фармакологической защитой культи железы. Прецизионный терминологический панкреатикоэнтероанастомоз, разработанный на нашей кафедре [Лапкин К.В., Малярчук В.И., Патент № 2024241 от

15.12.94г.], формируется в 7-8 см от орального конца петли тонкой кишки, проведенной в окне брыжейки толстой кишки справа. Панкреатикоэнтероанастомоз может быть выполнен в 2 вариантах.

При первом варианте напротив отверстия панкреатического протока выполняется энтеротомия диаметром не более 5 мм. В проток вводится катетер с боковыми отверстиями, дистальный конец этого катетера вводится в кишку через энтеротомическое отверстие и выводится через дополнительную энтеростому наружу (рис 2). Швы при формировании соустья проводятся через ткань железы и стенку протока в подслизистом слое, и через подслизистый слой кишки с таким расчетом, чтобы нить не проникала в просвет сшиваемых органов, а узлы располагались снаружи. Радиальное расположение швов соустья обеспечивает при завязывании нитей растягивание отверстия протока, что создает свободный отток панкреатического сока.

Во втором варианте выделяется панкреатический проток на протяжении 5 – 6 мм в виде «пенька», а затем аналогично первому варианту выполняется анастомоз панкреатического протока с тонкой кишкой. При обоих вариантах формирования панкреатикоэнтероанастомоза диаметр наружного дренажа должен соответствовать диаметру панкреатического протока, иметь боковые отверстия.

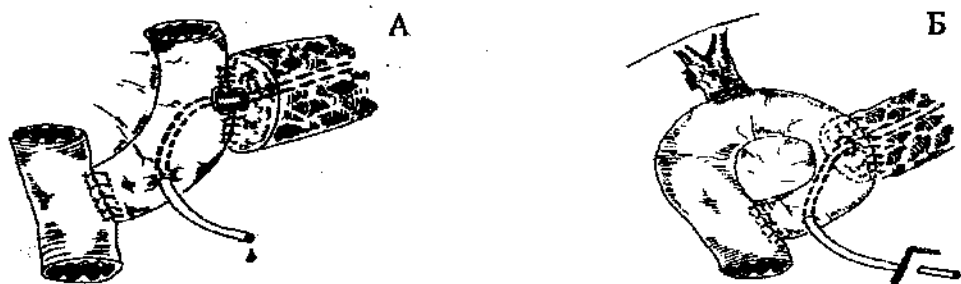


Рис. 2. Этапы наложения прецизионного панкреатикоэнтероанастомоза с наружным дренированием панкреатического протока. А - наложен нижний ряд швов, дренаж проведен в панкреатический проток. Б - окончательный вид анастомоза.

Важнейшим моментом операции является выбор шовного материала для формирования панкреатикоэнтероанастомоза. Мы в своей практике используем и рекомендуем монофиламентные нити: рассасывающийся «пахон» и нерассасывающийся «prolen». Диаметр используемых нитей 6/0 – 5/0. Эти материалы не вызывают выраженной воспалительной реакции в прошиваемых тканях [Малярчук В.И., 1998].

Другим важным моментом является использование радиохирургического скальпеля «Surgitron» для минимальной травмы тканей и создания абластичности во время операции.

Наиболее частым специфическим осложнением после ПДР является панкреонекроз культы поджелудочной железы, который наблюдался у 9 (12,8 %) пациентов, и несостоятельность панкреатикодигестивного анастомоза на фоне данного осложнения. У указанных выше 9 больных в 4 (5,7%) случаях на фоне панкреонекроза развилась несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза, при этом в одном случае при повторной операции анастомоз был разорван вследствие развившегося аррозивного кровотечения из зоны анастомоза. Следует отметить, что несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза развивалась в два раза чаще у тех больных, которым анастомоз был наложен без наружной декомпрессии.

После панкреатогастродуоденальной резекции от специфических осложнений, связанных с техникой операции, умерли 7 (10 %) больных. При аутопсии ни в одном случае не было выявлено признаков сужения или стриктуры панкреатико - или гепатикоэнтероанастомозов.

Панкреатогастродуоденальная резекция, выполненная при раке большого дуоденального сосочка и дистального отдела холедоха, дает удовлетворительные отдаленные результаты. Так, 5-летняя выживаемость при раке большого дуоденального сосочка составляет 48%, а средняя медиана жизни 48 месяцев. При раке дистального отдела холедоха 5-летняя выживаемость составляет 33%, а средняя медиана жизни – 46 месяцев. Худшие результаты получены после операций при раке головки поджелудочной железы. После ПДР при раке II стадии в течение 2 лет прожили лишь 33,3% больных, IIIa – 7,1%, при IIIб – 7,1%, более 3 лет живет один больной. Средняя продолжительность жизни после ПДР при II стадии составила 18,3 мес., при IIIa – 15,0 мес., при IIIб стадии – 11,0 мес.

Выводы. Применяемая методика реконструкции системы пищеварения после ПДР с обязательным включением в пищеварительный тракт поджелудочной железы и принципы наложения панкреатикоэнтероанастомоза с использованием прецизионной техники оперирования и монофиламентного ареактивного шовного материала способствуют снижению частоты специфических послеоперационных осложнений и лучшему качеству жизни больных в отдаленные сроки наблюдения.

Литература

1. Малярчук В.И. Прецизионная техника и современный шовный материал в хирургии заболеваний желчных протоков: Дис... д-ра мед. наук: - М., 1998. - 292 с.
2. Sticca R.P., Weatherford D.A., McAlhany Jr. J.C.: Carcinoma of the ampulla of Vater: A community hospital experience // Am Surg. - 1996. - 62/3. - p. 197-202.
3. Vesaridis V.P., Wanebo H.J. Pancreatic cancer // R.I. Med. J. - 1994. - V. 77 - P. 115-118.

УДК: 616.366-089.166-06.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И СТЕНОЗА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

*В.И. Малярчук, А.Е. Котовский, И.М. Шадин, Н.С. Шкурская, А. А. Аль-Хакими
Кафедра факультетской хирургии Российского университета дружбы народов
Кафедра госпитальной хирургии №2 Московской медицинской академии*

Одним из основных методов лечения больных холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка (БДС) является папиллосфинктеротомия [1, 2, 3, 6]. В настоящее время трансдуоденальная папиллосфинктеротомия (ТДПТ) во всех хирургических клиниках вытесняется менее травматичной эндоскопической папиллотомией (ЭПТ) [3, 4]. Однако отдаленные результаты различных способов ПСТ изучены недостаточно. Это заставило нас исследовать отдаленные результаты ТДПТ для выяснения целесообразности ее выполнения при невозможности ЭПТ у больных с холедохолитиазом и стенозом БДС [5, 6, 7].

Материал и методы. В отдаленные сроки после трансдуоденальной папиллосфинктеротомии (ТДПТ) от 1 года до 10 лет были обследованы 212 больных (38 мужчин и 174 женщины) с холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка (БДС), находившихся на лечении в клинике кафедры факультетской хирургии Российского университета дружбы народов (Городская клиническая больница №64) и в клинике госпитальной хирургии №2 Московской медицинской академии (Городская клиническая больница №7) с января 1994г. по декабрь 2002г. В результате комплексного клинико-инструментального обследования больных до ТДПТ и интраоперационно было выявлено, что у 58,7% больных имелся холедохолитиаз,

который в 51,4% сочетался со стенозом БДС, а у 41,3% больных был выявлен изолированный стеноз БДС.

Все больные были обследованы в 2003г. на разных сроках после ТДПТ, в результате чего были сформированы группы больных на каждом году после операции от 1 года до 10 лет. Все 212(100%) больных прошли анкетирование, в ходе которого выяснялись их самочувствие, жалобы, профессиональная и социальная реабилитация после операции. Амбулаторное обследование, включающее анализы крови, ультразвуковую томографию (УЗТ) и эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), было выполнено у 46(21,7%) больных. Стационарное обследование, включавшее помимо лабораторных данных, УЗТ и дуоденоскопии, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) с забором и бактериологическим исследованием желчи и, по показаниям, пероральную холангиоскопию, проводилось после амбулаторного обследования при наличии показаний к ЭРХПГ у 64(30,2%) больных. Таким образом, 110 больных прошли комплексное клиничко-лабораторно-инструментальное обследование амбулаторно или в стационаре.

ЭРХПГ выполнялась с измерением диаметра гепатикохоледоха, объемной скорости эвакуации контраста из гепатикохоледоха, линейной скорости эвакуации и градиента давления в гепатикохоледохе по отношению к двенадцатиперстной кишке. Диаметр гепатикохоледоха (Dгх) измерялся по холангиограммам с учетом рентгеновского искажения изображения в сантиметрах. Объемная скорость рассчитывалась по формуле: $V_{об} = V$ мл, где V – объем введенного в гепатикохоледох t минконтраста в миллилитрах, t – время эвакуации контраста в минутах. Линейная скорость рассчитывалась по формуле: $V_{лин} = V_{об} \times K(2)$ см, где $V_{об}$ – объемная скорость, K – коэффициент $S_{попсеч}$ мин рентгеновского искажения изображения, который рассчитывается как отношение истинного размера к размеру на снимке, $S_{попсеч}$ – площадь поперечного сечения гепатикохоледоха. Давление в гепатикохоледохе (Pгх) и в двенадцатиперстной кишке определялось с помощью датчика низкого давления, подключенного к канюляционному эндоскопическому катетеру и измерялось в мм.рт.ст., с последующим расчетом градиента давления. Нормальные показатели были установлены в предыдущих исследованиях эмпирическим путем у больных, проходивших обследование после холецистэктомии, при отсутствии отклонений в клинической картине и других лабораторно-инструментальных исследованиях: Dгх – $0,74 \pm 0,22$ см; $V_{об}$ – $1,65 \pm 0,64$ мл/мин; $V_{лин}$ – $4,79 \pm 1,13$ см/мин, Pгх – $5,0 \pm 0,1$ мм.рт.ст.

Критерии оценки отдаленных результатов ТДПТ по данным комплексного клиничко-лабораторно-инструментального обследования показаны в таблице 1.

Результаты и обсуждение. У 191(90,1%) больного отдаленный результат после тдпт был расценен как хороший. Эти больные не предъявляли жалобы, характерные для заболеваний желчных путей, не соблюдали диету, сохраняли работоспособность по своему возрасту. Все лабораторные и инструментальные показатели, полученные при амбулаторном или стационарном обследовании, были в пределах нормы.

У 3(1,4%) больных отмечен удовлетворительный отдаленный результат после ТДПТ. Причинами удовлетворительных отдаленных результатов были хронический панкреатит и катаральный холангит, без признаков рестеноза БДС и рецидивного холедохолитиаза. Объективные показатели, полученные при лабораторно-инструментальном обследовании этих больных, оказались средними между хорошими и неудовлетворительными результатами.

У 18(8,5%) больных имел место неудовлетворительный отдаленный результат. Причинами неудовлетворительного результата были следующие: рестеноз БДС – 11(5,2%), который в 3 наблюдениях сочетался с рецидивирующим панкреатитом и в 3 наблюдениях с рецидивным холедохолитиазом (мягкие замазкообразные камни); рецидивный холедохолитиаз – 3(1,4%);

хронический панкреатит – 4(1,9%). Все рестенозы БДС были выявлены у больных, обследованных через 3 года и позже после операции.

Таблица 1. Критерии оценки и показатели отдаленных результатов ЭДПТ

Критерии оценки	Отдаленные результаты		
	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный
Опрос	Без жалоб, без диеты, полная работоспособность	Эпизодические боли при нарушении диеты, диета, работа без существенных ограничений	Частые приступы болей, несмотря на диету, повторные операции на желчных путях
Гипербилирубинемия	Нет	Нет	до 40 мкмоль/л
УЗТ	Желчный проток до 10мм, гомогенный	Желчный проток до 10мм, гомогенный	Желчный проток больше 10мм, холедохолитиаз стеноз БДС или панкреатит
Дуоденоскопия	Папиллотомный разрез исходной длины	Папиллотомный разрез меньше исходной длины	Папиллотомный разрез меньше исходной длины, патологические изменения БДС и желчного протока
Пероральная холангиоскопия	Нормальная слизистая желчного протока	Катаральный холангит	Фибринозный или фибринозно-гнойный холангит
Бактериология желчи	Условно патогенная микрофлора нормальной контаминации	<i>Enterococcus spp.</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
ЭРХПГ. Диаметр желчного протока	до 10 мм, гомогенный	12 + 0,3мм, гомогенный	19+ 0,23мм, холедохолитиаз, стеноз БДС, панкреатит
Объемная скорость эвакуации	Нормальная 5,2 + 0,9 мл/мин	2,76 + 0,54 мл/мин	0,31 + 0,18 мл/мин
Линейная скорость эвакуации	Нормальная 6,04 + 0,95 см/мин	3,18 + 0,5 см/мин	0,32 + 0,05 см/мин
Градиент давления в желчном протоке и 12-п. кишке	0 Давление одинаковое	+2,5 + 0,05 мм.рт.ст	+5,0 + 0,1 мм.рт.ст.

У 10 больных с рестенозом БДС выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПТ), при сочетании стеноза БДС с рецидивным холедохолитиазом (6 больных) ЭПТ дополнялась литоэкстракцией, у 4 больных ЭПТ заканчивалась постановкой назобилиарного дренажа (НБД) У 1 больного с рестенозом БДС и рецидивным холедохолитиазом после неудачной попытки ЭПТ выполнена гепатикоеюностомия на петле тонкой кишки, выключенной по Ру, с литоэкстракцией. У 3 больных с рецидивным холедохолитиазом без рестеноза БДС во время ЭРХПГ выполнялась эндоскопическая литоэкстракция без ЭПТ. У 4 больных с хроническим панкреатитом без рестеноза БДС и холедохолитиаза проводилась консервативная терапия, показаний для оперативного лечения на момент обследования не было.

Выводы

1. Папиллосфинктеротомия остается основным методом хирургического лечения больных с холедохолитиазом и стенозом БДС, прежде всего, в эндоскопическом варианте.
2. Основной причиной неудовлетворительных отдаленных результатов после ТДПТ является рестеноз БДС, что может быть объяснено техническими особенностями операции.
3. Рестеноз БДС после ТДПТ развивается через 3 года после операции, что может считаться контрольным сроком наблюдения за этими больными.
4. ЭПТ является операцией выбора в лечении холедохолитиаза и стеноза БДС, в том числе и в отдаленном периоде после ТДПТ.
5. ТДПТ показана, прежде всего, при технической невозможности выполнения ЭПТ, начиная с невозможности канюляции БДС (при резком рубцовом процессе в папилле и интрадивертикулярном расположении БДС), и при невозможности эндоскопической литоэкстракции, когда размер конкрементов превышает длину допустимой эндоскопической папиллотомии.

Литература

1. Бородач А.В. Ближайшие и отдаленные результаты трансдуоденальной папиллосфинктеропластики (клинико-экспериментальное исследование). Дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1998. – 188с.
2. Дьяченко М.И. Отдаленные результаты хирургического лечения рубцовых стенозов большого дуоденального сосочка: Дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 1997. – 164с.
3. Клименко Г.А. Тридцатилетний опыт применения трансдуоденальной сфинктеропластики // Харьк. хир. шк. – 2001. -№1. -С.34-39.
4. Никуленков С.Ю., Климов П.Г., Макаров Ю.А. Папиллосфинктеротомия в лечении доброкачественных поражений терминального отдела холедоха // Вестник Смол. мед. акад. – 2001. -№1. -С.73-76.
5. Плоснин Б.И. Клинико-функциональные результаты операций при доброкачественных заболеваниях внепеченочных желчных протоков: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – 425с.
6. Раднаев В.У. Клиническая оценка трансдуоденальной папиллосфинктеротомии: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1990. – 123с.
7. Самарцев В.А., Смоленцев С.В. Регуляторная функция большого дуоденального сосочка после трансдуоденальной папиллосфинктеротомии // Современные проблемы хирургической гепатологии: Материалы IV конференции хирургов-гепатологов. – Тула, 1996. - С.324.

УДК: 616.366-006-089.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

В.И. Малярчук, В.П. Русанов, Ф.А. Бабаев

Кафедра факультетской хирургии Российского университета дружбы народов

Несмотря на уже более чем столетнюю историю хирургии калькулёзного холецистита, на сегодня нет единых взглядов в вопросах профилактики послеоперационных осложнений при выполнении хирургического лечения калькулёзного холецистита и особенно его осложнённых форм [2, 4, 5]. В связи с бурным развитием в течение последних 15 лет малоинвазивных технологий эти же проблемы стоят достаточно остро уже на новом витке развития хирургии калькулёзного холецистита [1, 3].

Перед выполнением исследования мы поставили перед собой следующую задачу - оценить возможности эпидуральной анестезии в профилактике осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Материал и методы. На сегодня в арсенале хирургов имеется три способа выполнения холецистэктомии: лапаротомным доступом, из мини-доступа и лапароскопическая

холецистэктомия (ЛХЭ). Нами изучена степень отрицательного воздействия каждого из этих способов холецистэктомии на сердечно-сосудистую и дыхательную системы пациентов. С этой целью было выделено 4 группы по 60 человек в каждой (всего 240 пациентов) сопоставимых по полу, возрасту и сопутствующей патологии. Все 240 пациентов страдали артериальной гипертензией различного генеза, ИБС отмечена у 80% пациентов, хронические неспецифические заболеваниями лёгких выявлены у 25% больных. Пациентам 1-й группы холецистэктомия была выполнена из лапаротомного доступа, 2-й и 3-й – ЛХЭ, в 4-й – из мини-доступа.

В качестве оценочных критериев функции сердечно-сосудистой системы у больных всех групп были выбраны определяемые на эхокардиограмме ударный объём и фракция выброса, которые являются одними из основных показателей функции левого желудочка. Для оценки функции дыхательной системы определяли: жизненную ёмкость лёгких (ЖЕЛ); объём форсированного вдоха за 1 секунду (ОФВ1); индекс Тифно; показатели максимальной объёмной скорости выдоха на уровне выдоха от 25 до 75% форсированной жизненной ёмкости лёгких (ФЖЕЛ). Данные показатели определялись перед операцией и на 1-4 сутки после операции.

Во всех 4-х группах больных вышеперечисленные исследования выполнялись перед операцией, в 1-й и 2-й группах на 3-4 сутки, а в 3-й и 4-й на 1-3 сутки после операции. Сравнительная оценка производилась между 1 и 2-й, 3-й и 4-й группами больных.

Нами выполнено 350 ЛХЭ под эпидуральной анестезией. При этом больные пожилого и старческого возраста составили более 60%. Степень операционного риска в данной группе больных усугублялась наличием выраженной сопутствующей патологии.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных исследований выявлено, что наибольшее отрицательное воздействие на сердечно-сосудистую систему пациентов оказывает холецистэктомия из лапаротомного доступа, что проявилось в достоверном ($p < 0,005$) более выраженном снижении ударного объёма, фракции выброса. Особенно показательно это наблюдалось у больных с выраженными нарушениями сердечной деятельности при дооперационных значениях ударного объёма ниже 45 мл и фракции выброса ниже 40%.

При изучении функционального состояния дыхательной системы было выявлено, что средняя ЖЕЛ до операции в 1-й и 2-й группах была одинаковой. После операции во 2-й группе больных было отмечено незначительное снижение ЖЕЛ в среднем с 84,18 до 82,48%, в то время как в 1-й группе больных снижение этого показателя после операции было более значимым (с 82,42% перед и 72,55% после операции).

В обеих группах больных выявлено умеренное снижение вентиляции лёгких. Индекс Тиффно до операции у больных с лапароскопическим вмешательством составил в среднем 61,22, у больных, оперированных традиционно – 60,19. При этом после менее травматичной лапароскопической холецистэктомии практически не менялись лёгочные объёмы, а индекс Тиффно у этой группы больных составил 61,24. Открывая же холецистэктомия значительно снижала лёгочные объёмы, а индекс Тифно в 1-й группе больных после операции составил 56,31.

Выявлено, что лапароскопическое вмешательство умеренно влияло на степень бронхиальной проходимости, снижая потоковые коэффициенты, которые, однако, всегда оставались в пределах нижних границ нормы. Открытое же вмешательство при нормальных дооперационных показателях потоковых коэффициентов существенно (в 1,3-2,0 раза) снижало их после операции.

Сравнительная оценка функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем у больных 3-й и 4-й групп показала достоверное, но менее выраженное, чем при сравнении 1-й и 2-й групп,

ухудшение функции сердечной деятельности и внешнего дыхания в 4-й группе по сравнению с 3-й группой больных.

Таким образом, наши исследования убедительно показали, что лапароскопическое вмешательство в силу своей меньшей травматичности более легко переносится больными даже по сравнению с холецистэктомией из мини-доступа. В группе больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими, порой достаточно тяжелыми нарушениями дыхательной и сердечно-сосудистой систем лапароскопическое вмешательство явилось предпочтительным методом лечения. Оно минимально влияет на имеющиеся нарушения дыхания и сердечной деятельности, способствуя более легкому послеоперационному течению и снижению послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

При анализе 350 операций, выполненных под эпидуральной анестезией, выявлено, что у всех больных к моменту наложения пневмоперитонеума достоверно снижались АД, ЧСС, урежался пульс, сегмент ST устанавливался на уровне изолинии. Изменения гемодинамики существенно не отличаются от показателей, обычно получаемых при эпидуральной анестезии. При этом в группе пожилых больных с выраженной сопутствующей кардиальной патологией отмечалось при мониторинговании улучшение функции сердечно-сосудистой системы.

При сохранении чувствительности дыхательного центра в момент наложения пневмоперитонеума, наблюдалось кратковременное (10-15 минут) снижение дыхательного объема при сохраненном минутном объеме дыхания. В этом периоде компенсация минутного объема дыхания происходила за счет повышения частоты дыхания. Существенного снижения насыщения крови кислородом (сатурация-Sa O₂) не происходило, гемодинамические признаки гиперкапнии отсутствовали. С течением времени в интервале от 40 до 90 мин отмечалось повышение концентрации углекислого газа на выдохе (Et CO₂) - не более 5%, как результат абсорбции CO₂ из брюшной полости. В этом же интервале времени происходило повышение минутного объема дыхания (МОД), в основном за счет увеличения дыхательного объема (ДО), ЧДД постепенно возвращалась к исходным значениям.

Таким образом эпидуральная анестезия является не только эффективным методом обезболивания при ЛХЭ, обеспечивающим полную аналгезию и мышечную релаксацию на протяжении всей операции, но и выполняет лечебную функцию у больных с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В результате проведенных исследований нами установлено, что отрицательное воздействие пневмоперитонеума на функцию дыхательной и сердечно-сосудистой систем преувеличено. Гипотензивный эффект эпидуральной анестезии способствует нормализации артериального давления у больных с различными формами гипертензии, что не только улучшает деятельность сердечно-сосудистой системы во время операции, но и способствует уменьшению кровоточивости тканей. Мы считаем, что степень операционной агрессии на сердечно-сосудистую и дыхательную системы пациентов в меньшей степени выражена при использовании эпидуральной анестезии.

Выводы. Эпидуральная анестезия благоприятно влияет на функцию сердечно-сосудистой и дыхательной систем пациента при выполнении ЛХЭ и может быть рекомендована к клиническому применению с целью уменьшения риска возникновения сердечно-сосудистых и дыхательных осложнений.

Литература

1. Балалакин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия // Москва. - 1996. - С. 144.
2. Грясов В.И., Тебердиев Ю.Б., Перфильев В.В. Диагностика и лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. - 1991. - № 2. - С. 20 - 25.
3. Кригер А.Г. Лапароскопические операции в неотложной хирургии // Москва. - 1997. - С. 152.

4. Мирошников Б.И., Светловидов В.В., Балабушкин И.А. Опыт лечения острого холецистита у больных старше 70 лет // Вестник хирургии. – 1993. - № 1-2. – С. 108 – 111.
5. Swobodnik W., Seitz K., Kluppelberg U. et al. Ergebnisse der Sonographischen cholecholestein diagnostik // Ultraschall in Med. – 1986. – V.7. - № 3. – S. 108 – 113. w.

УДК 618.3-008.6

АНАЛИЗ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГЕСТОЗОМ

А.Н. Мамась

Витебский Государственный медицинский университет

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ФПКС

Несмотря на то, что консервативное родоразрешение до сих пор считается более щадящим для матери и плода, широкомасштабные ретроспективные исследования ряда авторов убедительно показали, что расширение показаний к оперативному родоразрешению у рожениц с тяжелыми формами гестоза может помочь в снижении материнской смертности [6,7]. За последние десятилетия актуальность данной проблемы не только не снижается, а, напротив, постоянно возрастает, поскольку наблюдается рост частоты гестозов, причем в значительной степени за счет атипичных и тяжелых форм [4]. Преоперационная подготовка в зависимости от состояния беременной, сложившейся акушерской ситуации, показаний со стороны плода может проводиться от нескольких часов до нескольких суток [1,5]. Серьезным поводом задуматься об адекватности проводимой в настоящее время терапии гестоза является тот факт, что в 84,3% случаев приступы эклампсии развиваются в стационаре [3] и до 70% осложнений, угрожающих жизни больных (судорожный синдром, отек легких, головного мозга, дисфункция миокарда, острая почечная недостаточность, ДВС-синдром), регистрируются в послеродовом периоде [8].

Материалы и методы исследования. Объект исследования – беременные, родоразрешенные оперативным путем в связи с неэффективностью консервативной терапии гестоза.

Методы исследования:

1. Ретроспективный анализ.

2. Функциональные методы - проводилось динамическое определение параметров центральной гемодинамики: частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления систолического (АДс), диастолического (АДд), отечности тканей роженицы.

3. Лабораторные методы. Общий анализ крови, гематокрит. Биохимический анализ крови. Общий анализ мочи.

Вышеперечисленные методы исследования выбраны в связи с тем, что в настоящее время уровень артериального давления, отеки и протеннурия остаются основными критериями степени тяжести гестоза.

Результаты и их обсуждение. Для анализа преоперационной подготовки и влияния оперативного вмешательства на состояние женщины нами проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и ближайшего послеродового периода у 27 родильниц, родоразрешенных оперативным путем в сроке от 34 до 40 недель в связи с неэффективностью проводившейся консервативной терапии. С этой целью были использованы архивные материалы роддома №1 г. Витебска.

Для исключения влияния различных видов анестезиологического пособия на анализ колебаний параметров гемодинамики в данное исследование были включены только те беременные, которые родоразрешались под закисно-кислородным наркозом с НЛА, проведенным по стандартной двухэтапной схеме.

Степень тяжести состояния оценивалась акушерами по шкале Г.М.Савельевой и Goek. При поступлении у 4 беременных оно оценивалось как тяжелое, у 15 как средней и у 8 как легкой степени тяжести. Нахождение в стационаре от момента поступления до родоразрешения составило: при тяжелой степени гестоза от 2 до 6 часов, при средней степени - от одних до восьми суток, при легкой - от пяти до двадцати суток.

Лечение и подготовка к родам, в том числе и оперативным, проводилось в отделении патологии беременных (ОПБ); по экстренным показаниям прооперировано 9 беременных (4 - в связи с тяжестью гестоза, 2- в связи с острой асфиксией плода при родах через естественные родовые пути, 3 - в связи с отсутствием эффекта от родовозбуждения). Остальные 18 беременных оперированы в плановом порядке в связи с нарастанием тяжести гестоза. К моменту родоразрешения, несмотря на проводимую терапию, состояние этих беременных оценивалось как средней тяжести и у всех происходило нарастание симптоматики гестоза.

В соответствии с литературными данными [3], у исследуемой группы рожениц традиционная триада симптомов имела весьма низкую диагностическую и прогностическую ценность. Выраженная отечность при поступлении отмечалась только у 7 пациенток, еще у 15 наблюдалась пастозность конечностей. У 8 беременных отсутствовала протеинурия, а у 14 пациенток она была менее 1 г/л, и только у 5 уровень протеинурии составлял от 1,5 до 3,0 г/л.

Из лабораторных данных наиболее информативным, в том числе и прогностическим показателем являлся уровень общего белка плазмы крови, который в отличие от показателей красной крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит) был четким индикатором сгущения крови.

В связи с этим основное внимание акушеров было уделено повышению артериального давления, которое при повышенном или нестабильном уровне измерялось не менее 2 раз в сутки. При определении степени тяжести и оценки ее в динамике учитывались не только абсолютные цифры, но и степень повышения АД от исходного уровня (гипотония до беременности). Однако ретроспективный анализ показал, что прогностически более важной была степень диссоциации уровня АД на правой и левой руке и степень повышения АДд. Таким образом, наиболее информативными лабораторными и клиническими признаками были те, которые характеризуют волемиические нарушения.

Всем беременным в ОПБ в комплексную терапию гестоза в обязательном порядке включались следующие компоненты:

- 1.Создание лечебно-охранительного режима (валериана, диазепам).
- 2.Гипотензивная терапия. Наиболее часто использовались следующие препараты: дибазол, папаверин, эуфиллин, проводилась магниевая терапия. Реже использовались обзидан, клофелин.

Несмотря на общеизвестные положения, что гипертензия при гестозе является волюмзависимой и гипотензивная терапия должна проводиться после волемиической нагрузки [2] и восполнения ОЦК [5,8], инфузионная терапия проводилась только у 6 больных и в недостаточном объеме (от 400 до 800 мл, иногда однократно).

Продолжительность кесарева сечения составляла от 50 до 65 минут. Проведение анестезии в большинстве случаев сталкивалось с определенными трудностями, связанными с неустойчивостью гемодинамики на всех этапах операции, несмотря на адекватное обезболивание. Наиболее характерными проявлениями являлись тахикардия и гипертензия, хотя в трех случаях наблюдалась упорная гипотония, не связанная с кровопотерей.

Относительная кратковременность оперативного вмешательства являлась одной из причин, затрудняющих интраоперационную коррекцию нарушений гемодинамики.

Объем интраоперационной инфузии варьировал от 400 до 1600 мл и зависел не столько от объема кровопотери, которая оценивалась от 400 до 600 мл, сколько от параметров АД и пульса. Колебания гемодинамики, по-видимому, связаны с недостаточной компенсацией дефицита объема циркулирующей крови в предоперационном периоде и его усугублением интраоперационной кровопотерей. Более того, в отдельных случаях в предоперационном периоде применялся лазикс.

Стабилизация АД в послеоперационном периоде занимала от 2 до 4 суток и требовала проведения инфузионной терапии в объеме от 800 до 1600 мл в первые и от 1200 до 1600 мл во вторые сутки с использованием коллоидных и кристаллоидных растворов. Из гипотензивных препаратов использовались: обзидан, клофелин, дибазол, папаверин, проводилась магниевая терапия.

Перевод в послеродовое отделение осуществлялся на 3-4-е сутки после операции, выписка из стационара на 7-9-е сутки.

Выводы

1. Традиционная триада симптомов: отеки, протеинурия и артериальная гипертензия также, как и шкала степени тяжести гестоза по Г.М.Савельевой и Goek малоинформативна в прогностическом плане.
2. Более информативными являются такие показатели, как степень диссоциации АД на правой и левой руке и степень повышения АД, то есть те показатели, которые связаны с волемическими нарушениями. Уровень общего белка плазмы крови в большей степени характеризует выраженность сгущения крови, чем показатели эритроцитов, гемоглобина и гематокрита.
3. Применение только гипотензивной терапии или ее сочетание с недостаточной по объему инфузионной терапией не позволяет предотвратить прогрессирование гестоза даже при легкой степени тяжести заболевания.
4. Высокая лабильность гемодинамики во время кесарева сечения связана с волемическими нарушениями, обусловленными гестозом, а также кровопотерей и побочными эффектами анестезии.
5. При подготовке беременных, страдающих гестозом, к оперативному родоразрешению целесообразно наряду с гипотензивной терапией проводить адекватную предварительную коррекцию волемических нарушений.

Литература

1. Диагностика, профилактика и лечение гестозов. Методические рекомендации. Минск 2001 32 с.
2. Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. Петрозаводск 1997 397 с.
3. Куликов А.В., Казаков Д.П., Егоров В.М., Кузнецов Н.Н. Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии. М. Медкнига 2001 263 с.
4. Серов В.Н., Добронеецкая Д.В., Ильенко Л.Н., Ненахов Ф.В. Проблемы ОПГ-гестозов. Тез. докл. Чебоксары. 1996 с. 86.
5. Харкевич О.Н. Гестоз. Охрана материнства и детства. 2001 №2 с. 69-80.
6. Arora R, Swain S, Agrawal A, Habeebullah S. Impact of mode of delivery on maternal mortality in eclampsia. J-Indian-Med-Assoc/ 1997 Apr, 95(4):103-4, 106.
7. Bassaw B, Roopnarinesingh S, Mohammed A, Kuruvilla A. An audit of eclampsia. West-Indian-Med. J. 1994 Mar; 43(1):18:9.
8. James M. The role of the anaesthetist in management of pre-eclampsia. World anaesthesia. 1998 №9 p. 17-22.

МЕТОД КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА*Т.В. Маринич, А.В. Борсуков, А.В. Бельков, Р.А. Алибегов, Д.В. Нарезкин, А.К. Волюнец,**О.А. Сергеев**МЛПУ 1 КБ, ПНИИ «Ультразвуковые и малоинвазивные технологии» СГМА г. Смоленск,
Смоленская государственная медицинская академия*

Заболевания желчевыделительной системы регистрируются у 294 человек на 100 тысяч населения, что составляет более 25% (до 50%) больных с патологией органов пищеварения. Примерно в 5-10% случаев патология желчного пузыря регистрируется у больных общетерапевтического стационара. Хроническому холециститу (ХХ) принадлежит центральное место среди болезней билиарной системы. С этим диагнозом ежегодно госпитализируются более 1млн. человек, а число койко-дней превышает 15 млн. По данным хирургов, у 60-80% больных холециститом выявляются камни желчного пузыря. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – одно из самых распространенных заболеваний. Так, только в США насчитывается 15 млн. таких больных. В Европе в возрасте старше 50 лет страдают ЖКБ около 1/3 женщин и около 1/4 мужчин.

Значение проблемы заболеваемости ХХ определяется не только медицинскими, но и социальными аспектами: распространенностью в наиболее трудоспособном возрасте, высокими показателями временной и стойкой утраты трудоспособности

Обострение ХХ характеризуется многообразием клинических проявлений, высокими показателями неблагоприятных исходов лечения. Нельзя считать решенными вопросы правильной диагностики заболевания, особенно на догоспитальном этапе. Ошибочная диагностика при направлении в стационар составила 20,7%, ошибки госпитального этапа – 2,9%. Все это требует постоянного усовершенствования имеющихся методов диагностики и разработки новых. В этих условиях необходимы дополнительные простые лабораторные скрининг-тесты, применение которых позволило оценить на ранних стадиях прогноз течения заболевания и возможность развития осложнений. В период страховой медицины следует также учитывать экономичность данных методов.

С середины 90-х годов В.Н. Шабалиным, С.Н. Шатохиной в Российском научно-исследовательском институте геронтологии разрабатывался оригинальный способ исследования структуропостроения биожидкостей при их переходе в твердую фазу, который в дальнейшем получил название «метод клиновидной дегидратации». В итоге проведенных исследований была принята следующая методика изучения структуры твердой фазы биологических жидкостей. На обезжиренное предметное стекло, расположенное строго горизонтально, наносили каплю биожидкости в объеме 10-20 мкл. При этом диаметр капли составлял 5-7 мм. Капля высушивалась при температуре 20-25 градусов и относительной влажности 65-70% при минимальной подвижности воздуха, получалась тонкая пленка из биологической жидкости (фация). Продолжительность периода высыхания (до момента анализа структуры) составляла 18-24 часа. Затем полученный препарат анализировался микроскопически.

Целью нашей работы было оценить возможности метода клиновидной дегидратации для диагностики осложненного течения хронического калькулезного холецистита (ХКХ).
Материалы и методы. В течение 2003-2004 гг. нами обследовано 24 пациента: 20 женщин и 4 мужчины, в возрасте от 36 до 76 лет, с обострением хронического калькулезного холецистита, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом и хирургическом отделениях МЛПУ 1 КБ.

Больные поступали в отделения с диагнозом: «хронический калькулезный холецистит в стадии обострения», «острый холецистит», «печеночная колика» – в течение 1-3 суток после развития приступа. Анамнез желчнокаменной болезни у 5 больных составлял более 15 лет, у 10 – от 7 до 10 лет, у 4 – от 3 до 7 лет, у 5 – менее 3 лет. Контрольная группа – 15 человек, не страдающих какими-либо хроническими воспалительными заболеваниями желчного пузыря и печени, сравнимая по возрасту.

Проводилось стандартное клиническое обследование, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, морфологическое исследование сыворотки крови, желчи методом клиновидной дегидратации. Кровь для морфологического исследования у каждого пациента брали утром, натощак при поступлении, через 5 суток после госпитализации. Желчь получали при канюляции большого дуоденального соска (БДС) при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). Каждому больному проводилось ФГДС в течение первых двух суток госпитализации. При консервативном ведении больного через 5-7 дней после госпитализации повторно проводилась ФГДС с взятием желчи, а у больных, подвергшихся оперативному вмешательству, желчь получали интраоперационно путем пункции желчного пузыря до его удаления. Дуоденальное зондирование у больных с обострением ХКХ противопоказано, т.к. может способствовать развитию осложнений.

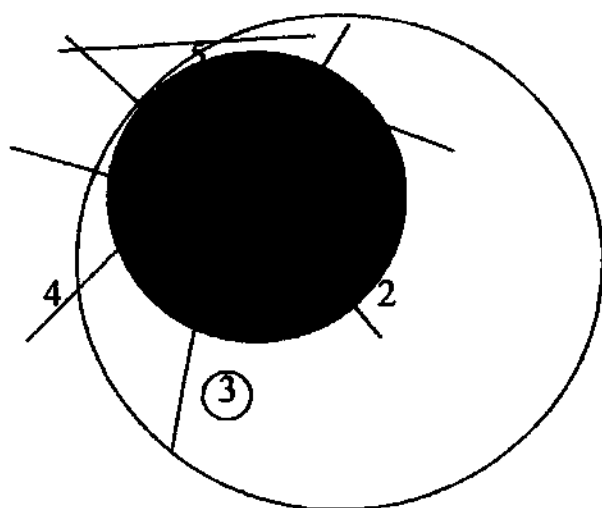
Качественные признаки оценивались с помощью непараметрических методов (критерий Вилкоксона), методики объемной оценки, шкалы полуколичественной оценки морфологических изменений.

Результаты исследования. У 18 больных (75%) -1-я группа- обострение ХКХ протекало без осложнений, лечение проводилось консервативно в соответствии с приказом №125 МЗ РФ от 17.04.1998. Однако у 6 пациентов (25%) - 2-я группа- состояние потребовало оперативного вмешательства в связи с развившимися осложнениями: флегмонозным холециститом - у 4 больных (16,7% от общего числа больных), перфорацией стенки желчного пузыря - у 1 больного (4,17%), механической желтухой - у 1 больного (4,17%). При морфологическом исследовании сыворотки крови контрольной группы (n=15) отмечались симметричное расположение радиальных трещин, прямоугольные отдельности, круглые конкреции небольшого размера (рис. 1.).

При морфологическом исследовании желчи контрольной группы (рис.2.) наблюдались две основных структурных зоны – центральная кристаллическая (зона кристаллов солей) и краевая (зона органических веществ). Краевая зона равномерно окрашена в желтый цвет, в ней определяется небольшое количество дугообразных трещин. В центральной зоне выявлялись кристаллы солей в виде ветвящихся структур, углы между пересекающимися осями кристаллов близки к 90 градусам. 75% площади фации составляет зона кристаллизации.

При анализе клинических данных - у пациентов первой группы отмечались боли в правом подреберье, положительный симптом Ортнера, в клинических анализах крови отмечался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ. УЗИ – исследование выявляло утолщение стенки желчного пузыря до 5-6 мм., с нарушением ее УЗ-структуры, наличие конкрементов в просвете и шейке желчного пузыря. Проведенное морфологическое исследование сыворотки крови у пациентов при неосложненном течении ХКХ показало, что имеется тенденция к увеличению количества анизотропных структур, асимметричное расположение трещин, крупные неправильной формы отдельности, их полиморфизм. При этом в 95% фаций трещины локализуются в периферической (белковой) зоне. Целесообразно отметить, что отдельности крупные, чаще овальной формы (84% отдельностей). При морфологическом исследовании желчи отмечалось у 12 из 18 пациентов (66.7%) уменьшение количества дугообразных трещин. У всех пациентов в центральной зоне определялись кристаллы солей в виде ветвящихся структур, причем углы между пересекающимися осями

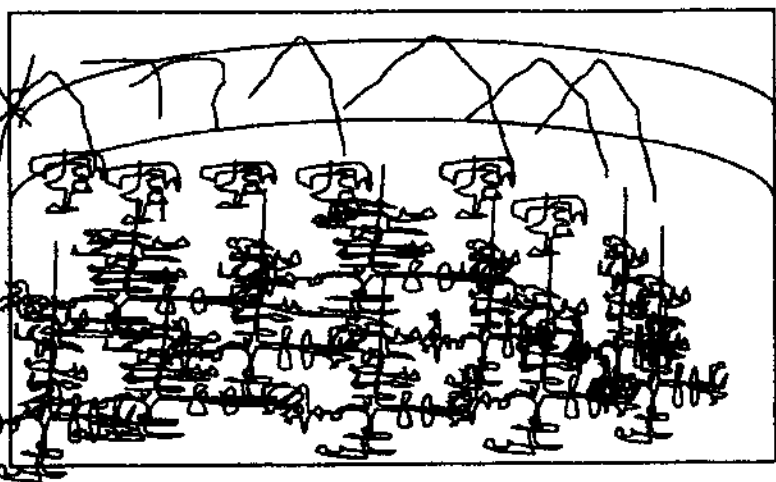
кристаллов варьировали от 90 до 120 градусов. 70% площади фации составляет зона кристаллизации.



Обозначения:

- 1 – центральная зона (зона кристаллизации);
- 2 – периферическая (белковая) зона;
- 3 – конкреция;
- 4 – трещина;
- 5 – отдельность.

Рис. 1. Фация сыворотки крови лиц группы сравнения.



Обозначения:

- 1- центральная зона (зона кристаллизации);
- 2 - краевая зона (зона органических веществ);
- 3 – трещина;
- 4 – кристаллы солей.

Рис. 2. Фация желчи лиц контрольной группы.

У больных второй группы клинические проявления и изменения анализов крови существенно не отличались от аналогичных данных пациентов первой группы. УЗИ – исследование у пациентов с осложненным течением ХКХ в первые сутки наблюдения выявляло неспецифические признаки изменения стенки желчного пузыря, неоднородность внутренней структуры, что не позволяло однозначно выявить осложненное течение ХКХ, в этом случае было необходимо УЗИ в динамике через 5,8,12,24 часа. Нами проанализированы особенности морфологической картины сыворотки крови, желчи каждого случая осложненного течения ХКХ. При механической желтухе фация сыворотки крови окрашена в желтый цвет, трещины единичные, они имеют дугообразную форму, в периферической зоне – участки кристаллизации округлой формы. Фация желчи окрашена в темно-желтый цвет, зона кристаллизации выражена больше, углы между осями всех солевых кристаллов больше 90 градусов. У всех больных с флегмонозным холециститом фация сыворотки крови характеризовалась единичными трещинами, которые имели дугообразную форму и располагались в периферической зоне, также наблюдались фигуры сопровождения вдоль трещин. Фация желчи носила аморфный

характер (зона кристаллизации выражена слабо, кристаллы солей расположены хаотично, углы между осями кристаллов 60-90%). При перфорации стенки желчного пузыря - в фации сыворотки крови трещины единичные, они грубые и изогнутые, переходящие из периферической зоны в центральную. Фация желчи была аналогичной морфологической картине при флегмонозном холецистите. Исходя из полученных данных, у больных с осложненным течением ХКХ нами выявлены более выраженные изменения фаций сыворотки крови, желчи, носящие системный характер, когда клинические данные не имели видимых отличий от первой группы, а результаты УЗИ представляли неспецифические признаки, требующие динамической оценки.

Метод морфологического сравнительного исследования сыворотки крови и желчи возможен для использования в неинвазивной оценке характера клинического течения обострения хронического холецистита, может быть включен в диагностический алгоритм. У больных с различными по тяжести осложнениями, еще на доклинической стадии, характер морфологической картины резко изменялся, появлялись качественные нарушения системного структуропостроения, свидетельствующие о тяжелых метаболических сдвигах.

Литература

1. Лирман А.В., Кононенко Е.В., Груздев М.П. Изменение состава желчи у больных хроническим холециститом и хроническим панкреатитом // *Клин. Медицина.* - 1985. - №9. - С. 95-98.
2. Комаров Ф.И., Гребнев А.Л., Хазанов А.И. Руководство по гастроэнтерологии. - Т.№2, глава 18.-1995.
3. Максимов В.А., Цицеров В.И., Каверина И.К. Распространенность холедохолитиаза по результатам анализа аутопсий и ультразвукового исследования желчевыведительной системы// В кн.: Сб. трудов конференции: «Клинические аспекты фармакотерапии и презентация нового в гастроэнтерологии».- Смоленск-М., 1992.- С. 76-78.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. -; 2002. - М.: 2002.- 310 с.
5. Тучина Л.М., Жук Л.Г. и др. Эпидемиология заболеваний печени и желчных путей населения г. Москвы // *Российский гастроэнтерологический журнал.* - 2001. - №1. - С. 30-33.
6. Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Системная самоорганизация биологических жидкостей организма и старение // *Сборник I Российского съезда геронтологов и гериатров.* - Самара. - 1999. - С.502-505.
7. Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. Морфология биологических жидкостей человека. - М.: 2001. - 304 с.
8. Шатохина С.Н. Диагностическое значение кристаллических структур биологических жидкостей в клинике внутренних болезней: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук - М., 1995, - 38 с.
9. Partial characterization of a nonmicellar system of cholesterol solubilization in bile / Lee S., Park H., Madoni H., Kaler E. // *Amer. J. Physiol.* - 1997. - Vol.252. - P.374-383.

УДК 616.33-003.44-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Д.В. Нарезкин, А.Д. Шатохина

Смоленская государственная медицинская академия

К гигантским гастродуоденальным язвам относят язвенные поражения, диаметр которых превышает 3 см при локализации в желудке и 2 см - в двенадцатиперстной кишке. По данным литературы, частота подобных язвенных дефектов варьирует от 8,4 до 11%, причем желудочная локализация составляет до 21,4% от всех язвенных поражений, в то время как в двенадцатиперстной кишке - 10,7%.

Механизмы ульцерогенеза окончательно не уточнены. Существует мнение о возможности образования гигантской язвы желудка из обычной в результате деструкции ее краев или слияния двух и более язв, а также в результате трофических изменений стенки. В основе образования гигантских язв двенадцатиперстной кишки, как и язв меньших размеров, лежит пептический фактор. По мнению одних авторов, клинически они проявляются менее

выраженными симптомами обострения; другие считают, что течение заболевания не отличается от обычного; третьи отмечают наличие более выраженного болевого синдрома, утрату цикличности и связи с приемом пищи, частые рецидивы и многочисленные осложнения [2,4].

Летальность при осложненных гигантских язвах достигает 18–41%. Медикаментозная терапия обычно малоэффективна, поэтому в большинстве случаев больные подлежат хирургическому лечению.

Проведен анализ лечения 36 пациентов с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Возраст больных составил от 32 лет до 91 года, причем 21(58,3%) из них составили пациенты пожилого и старческого возраста (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст				Всего
	до 60 лет	60 - 74 года	75 - 89 лет	90 лет и >	
Мужчины	14	13	1		28(77,8%)
Женщины	1	3	3	1	8 (22,2%)
Итого	15 (41,7%)	16 (44,4%)	4 (11,1%)	1 (2,8%)	
Соотношение мужчин и женщин составило 3,5:1					

Продолжительность язвенного анамнеза была от 1 года до 15 лет. В 19(52,8%) клинических наблюдениях язвенный анамнез отсутствовал. У остальных пациентов отмечались периодические обострения заболевания, при лечении язвы длительно не рубцевались, иногда имела отрицательная динамика (увеличение размеров язвы). Из осложнений язвенной болезни в анамнезе у 3 пациентов отмечена перфорация.

У большинства больных имела тяжелая сопутствующая патология (заболевания сердечно-сосудистой системы - у 50%, органов дыхания – у 58,4%, заболевания других органов – у 47,2%).

Согласно классификации А. Johnson, гигантские язвы I типа (так называемые медногастральные) выявлены у 24 (66,7%) наблюдавшихся больных, III типа (язвы пилорического канала) – у 1 (2,8%). Гигантские дуоденальные язвы имелись у 7 (19,4%) пациентов. Сочетанное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки отмечено в 4 (11,1%) клинических случаях.

В 25 (69,4%) наблюдениях течение заболевания осложнилось кровотечением, у 16 (44,4%) больных отмечена пенетрация в поджелудочную железу, у 4 (11,1%) – возникла перфорация и у 3 (8,3%) развился стеноз выходного отдела желудка. Помимо этого, у 12 (33,3%) нередко наблюдалось сочетание нескольких осложнений язвенной болезни.

В течение первых суток от начала заболевания были госпитализированы 10 (27,8%) больных, 22 (61,1%) – в более поздние сроки, и у 4 (11,1%), осложнения развились непосредственно в стационаре. Характерная клиническая картина осложненного течения заболевания наблюдалась у 29 (80,6%) больных.

При поступлении всем пациентам проведена фиброгастродуоденоскопия, при которой у 34 (94,4%) были выявлены гигантские язвы различной локализации; в 2 (5,6%) наблюдениях диагноз верифицирован во время операции. При морфологическом исследовании язв были установлены признаки хронической язвы в виде воспалительной инфильтрации вокруг язвы, наличия некротической и грануляционной ткани, фиброза. В 4 (11,1%) наблюдениях

вышеуказанные изменения наблюдались на фоне хронического атрофического гастрита, в остальных случаях – умеренно поверхностно-активного гастрита.

Рентгенологическое исследование было выполнено 9 больным, при этом у 6 – наблюдались язвенная ниша больших размеров, глубокая, неправильной формы, окруженная воспалительным валом, признаки пенетрации, у 2 пациентов с перфоративной язвой на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определялся свободный газ под правым куполом диафрагмы. У 1 больного во время диагностической лапароскопии были верифицированы признаки прикрытой перфорации (зона гиперемии на ограниченном участке, налет фибрина, рыхлые сращения с окружающими тканями).

Оперативное лечение проведено 25 (69,4%) больным, причем 9 из них были прооперированы в экстренном порядке. В остальных наблюдениях больные получали противоязвенную, гемостатическую и инфузионную терапию. Характер проведенного оперативного лечения представлен в таблице 2.

Таблица 2. Оперативные вмешательства при гигантских гастроудоденальных язвах

Операция	Количество	Умерли
Резекция желудка по Бильрот-I	12	1(2,8%)
Резекция желудка по Бильрот-II	2	2(5,6%)
Субтотальная резекция желудка	1	
Гастрэктомия	2	
СПВ+дуоденопластика	3	1(2,8%)
Ушивание перфоративной язвы	4	2(5,6%)
Прошивание кровоточащей язвы	1	

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 7 (19,4%) пациентов (табл. 3).

В ближайшем послеоперационном периоде после ушивания перфоративной язвы умерли 2 больных, после резекции желудка – 3, 1 больная – после дуоденопластики. Причиной смерти всех пациентов явилась полиорганная недостаточность в результате развития разлитого гнойного перитонита (при перфорации) или профузного кровотечения. Общая летальность составила 22,2% (8 больных), послеоперационная – 16,7% (6 больных).

Таблица 3. Характер послеоперационных осложнений у больных с гигантскими гастроудоденальными язвами

Осложнение	Операция	Количество	Умерли
Эвентрация	Частичная некрэктомия	1	
Рецидив кровотечения + несостоятельность ГДА	Релапаротомия, антрузэктомия, дуоденопластика	1	1(2,8%)
Абсцесс брюшной полости		2	
Несостоятельность культи 12-перстной кишки	Релапаротомия, вскрытие,	1	1(2,8%)
Нагноение раны	дренирование абсцесса		
Послеоперационный панкреатит	Дуоденостомия, еюностомия	1	1(2,8%)
		2	

Выводы

1. Гигантские гастродуоденальные язвы в 58,3% наблюдений выявляются у пациентов пожилого и старческого возраста.
2. Гигантские гастродуоденальные язвы значительно чаще сопровождаются развитием осложнений, чем язвы меньшего размера. Так, кровотечение наблюдалось у 69,4% пациентов, пенетрация язвы – у 44,4%, перфорация – у 11,1% и у 8,3% - стеноз пилоробульбарной зоны.
3. Данная патология сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений (19,4%) и высоким уровнем летальности (общая летальность составила 22,2%, послеоперационная – 16,7%).

Литература

1. Асадов С.А. Хирургическое лечение “трудных” и осложненных гастродуоденальных язв.//Хирургия.-2002-№11.
2. Логинов А.С.,Калинин А.В.Оперативное и консервативное лечение гигантских язв желудка.//Русский медицинский журнал.-1997- т.5 №5 – с 276-280.
3. Мартиросов Ю.К. Хирургическое лечение гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением.//Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.-1997-№6 – с.73-75.
4. Трошин А.В., Фирсов Е.Ф., Чухраев А.М. Клинико-рентгенологическая диагностика больших и гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки.//Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2001. - №6.
5. Nussbaum M.S., Schustermann M.A. Management of giant duodenal ulcer.(Amer.J.Surg.) 1985 Vol.149, №3 p.357-361.

УДК: 616.28-008.1-036.86

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ОРГАНА СЛУХА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

И.В. Отвагин

Смоленская государственная медицинская академия

Исследование распространенности среди населения хронических заболеваний верхних дыхательных путей и органа слуха (ХЗВДП и ОС) в публикациях последних лет относится, как правило, к определенной и наиболее распространенной нозологической форме и возрасту пациентов.

Отмечается, что хроническим средним гнойным отитом (ХГСО) страдает от 1,5 до 4% населения [7,6], а, по некоторым данным, ХГСО занимают второе – третье место в структуре ХЗВДП и ОС с частотой встречаемости у взрослого населения от 18 до 23% [5]. Хронические риносинуситы относятся к числу самых распространенных заболеваний ЛОР – органов и отмечаются у 10% взрослого населения [4], а по данным некоторых авторов от 5 до 15% населения страдают той или иной формой риносинусита [7]. В то же время отмечается, что хронические ларингиты составляют 8,4% от всей ЛОР-патологии [2], а хронический тонзиллит оценивается как одна из ведущих проблем Российского здравоохранения, так как среди часто болеющих детей, к которым относится каждый четвертый ребенок, хронический тонзиллит составляет 43% [1].

Однако известно, что распространенность любой, в том числе оториноларингологической патологии, и структура заболеваемости, помимо всего прочего, напрямую связаны с демографической структурой населения, претерпевшей значительные изменения за последние годы. В доступной нам литературе не удалось обнаружить данных в отношении эпидемиологии ХЗВДП и ОС, основанных на принципах доказательной медицины с учетом конкретной демографической ситуации.

В течение трех лет проводилось исследование демографической структуры населения и распространенности ХЗВДП и ОС в трех областях Центрального Федерального округа России (Брянская, Калужская, Смоленская) с населением более 3,5 миллионов человек, что обеспечило высокую репрезентативность полученных данных.

В силу известных событий последнего десятилетия возрастная структура населения региона приобрела регрессивный характер, поскольку численность детского населения (15,1%) оказалась ниже числа лиц, уже достигших пенсионного возраста (20,03%), что в теории называется суженным воспроизводством населения, а практически – это уменьшение его численности, что и наблюдается со скоростью, 11,0 человек на тысячу населения в год.

Обращает на себя внимание резкое и совершенно непропорциональное снижение численности населения в возрастной группе “15 – 19 лет” (4,32%). Оказалось, что данного возраста наиболее подвержены миграции вследствие призыва на воинскую службу, отъезда на учебу или в поисках перспективных мест работы.

Процесс демографического старения общества не только увеличивает экономическую нагрузку на трудоспособное население, но также приводит к экспоненциальному росту числа ХЗВДП и ОС.

Согласно полученным данным, общая заболеваемость ЛОР-органов по всему региону за анализируемый период времени составила 34,2 случая на тысячу населения в год, первичная заболеваемость – 23,9 случая.

При анализе собранного материала, прежде всего, обращает на себя внимание высокая частота встречаемости хронических заболеваний верхних дыхательных путей и органа слуха среди населения региона и особенно среди лиц женского пола, поскольку показатель заболеваемости у женщин на 21,3 процента превышает показатель заболеваемости у лиц мужского пола.

Стандартизированный по полу и возрасту показатель частоты распространения ХЗВДП и ОС оказался несколько ниже фактического – 114,3 промилле. Снижение стандартизированного показателя связано, по-видимому, прежде всего с большей частотой встречаемости нейросенсорной тугоухости, характерной преимущественно для лиц старших возрастных групп.

У детей и подростков, в возрастной группе до 19 лет включительно, показатель распространенности хронических заболеваний верхних дыхательных путей и органа слуха составил 33,1 и 46,4 на тысячу населения соответственно. В возрастной группе «60 лет и старше» ее уровень оказался в 7,1 выше, чем у детей до 14 лет, и в 5,1 раза выше, чем в группе подростков до 19 лет, достигая 237,5 на тысячу населения соответствующего возраста.

Следует отметить, что возрастные закономерности частоты встречаемости хронических заболеваний органа слуха среди населения региона наиболее ярко выражены при нейросенсорной тугоухости. Так, у детей до 14 лет показатель распространенности нейросенсорной тугоухости составил 2,0 промилле, среди подростков до 19 лет – 2,9 промилле, среди лиц трудоспособного возраста от 20 до 59 лет – 25,4 промилле.

В то же время у лиц в возрастной группе “60 лет и старше” уровень заболеваемости нейросенсорной тугоухостью был в 63 раза выше, чем у детей, и в 43,3 раза выше, чем у подростков и юношей до 19 лет включительно.

Одновременно уровень заболеваемости нейросенсорной тугоухостью в группе пациентов старшего возраста оказался в 5 раз выше уровня заболеваемости, отмеченного у лиц

трудоспособного возраста от 20 до 59 лет, достигнув 125,8 случая на тысячу населения соответствующего возраста.

Частота встречаемости хронического среднего отита с повышением возраста пациентов постепенно нарастает от минимального значения 1,8 случая на тысячу детей и 3,8 случая на тысячу подростков.

Увеличение частоты встречаемости хронического среднего отита среди группы лиц трудоспособного возраста происходит достаточно высоким темпом – в 21,5 раз по отношению к числу болеющих детей и в 10,2 раза по отношению к лицам в возрасте от 15 до 19 лет, достигая 38,8 случая на тысячу в возрастной группе 20 – 59 лет.

В самой старшей возрастной группе, от 60 лет и старше, уровень заболеваемости хроническим средним отитом снижается не очень значительно, по сравнению с группой лиц трудоспособного возраста, составляя 33,5 случая на тысячу населения, что превышает уровень заболеваемости у детей до 14 лет и подростков до 19 лет в 18,6 и в 8,8 раза соответственно.

Согласно данным исследования, установлены различия в структуре ХЗВДП и ОС среди лиц разных возрастных групп. Так, у детей до 14 лет и подростков до 19 лет включительно в структуре хронических заболеваний преобладают болезни верхних дыхательных путей: 26,5 (80,0%) и 35,4 (76,3%) на тысячу населения соответствующего возраста. Хронические заболевания уха отмечены в 3,8 (11,5%) случая на тысячу населения у детей и в 6,7 (14,4%) случая на тысячу подростков.

В группе лиц трудоспособного возраста, т.е. 20 – 59 лет, хронические заболевания верхних дыхательных путей отмечались в 102 (57,4%) случаях на тысячу населения соответствующего возраста. В этой же возрастной группе населения хронические заболевания органа слуха отмечались в 64,5 случая (36,2%) на тысячу населения данного возраста.

Среди населения, входящего в возрастную группу 60 лет и старше, хронические заболевания верхних дыхательных путей встречались гораздо реже – 72,0 случая (30,3%) на тысячу населения.

В этой же возрастной группе отмечено преобладание числа хронических заболеваний органа слуха – 160,1 случая (67,4%) на тысячу населения.

Анализ распространенности хронических заболеваний верхних дыхательных путей и органа слуха только среди взрослого населения, т.е. старше 20 лет, показал, что на хронические заболевания органа слуха приходится 224,6 случая (54,1%) на тысячу населения. Причем на нейросенсорную тугоухость приходится 67,3% от всех хронических заболеваний органа слуха в данной возрастной группе населения.

Напротив, заболевания хроническим тонзиллитом наиболее распространены у более молодых людей. В детском возрасте хронический тонзиллит встречается в 12,6 случая, в подростковом – в 18,5, а у людей трудоспособного возраста, от 20 до 59 лет, – в 29,2 случая на тысячу населения соответствующего возраста. Характерно, что количество больных хроническим фарингитом с повышением возраста увеличивается от 3,7 случая (4,1%) у детей, 6,6 (7,3%) – у подростков до 38,3 случая (42,5%) – среди взрослого населения и 41,4 случая (46,0%) – в самой старшей возрастной группе.

Таким образом, общая структура заболеваемости ХЗВДП и ОС напрямую связана с демографической структурой населения и носит, вероятнее всего, региональный характер, что следует учитывать в планировании и проведении необходимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий

Литература

1. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И., Шидмарева Е.В. Опыт применения азитромицина в терапии обострений хронического тонзиллита у детей // Российская оториноларингология. – 2003. – №1(4). – С.172-175.
2. Звагер В.Г., Наседонин А.Н. Повреждения гортани и трахеи. – М.: Медицина, 1991. – 221 с.

3. Кузовков В.Е. Оценка результатов лечения больных хроническим гнойным средним отитом // Российская оториноларингология. – 2003. - №1(4). – С. 83-85.
4. Пальчун В.Т., Устьянов Ю.А., Дмитриев Н.С. Параназальные синуситы. – М. : Медицина, 1982. – 152 с.
5. Подволоцкая И.В. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с хроническим средним гнойным отитом с холестеатомой // Российская оториноларингология. – 2004. - №1(8). – С. 82-83.

УДК 616.89.19:616.33-002.44-06

К ВОПРОСУ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЯХ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Е.А. Северова

Смоленская Государственная Медицинская Академия

Специалистов и организаторов здравоохранения все чаще привлекают психические расстройства, сопутствующие соматическим заболеваниям и выявляемые в условиях общесоматических учреждений. Они могут, с одной стороны, провоцировать соматические заболевания или, чаще, их обострения, усугублять их течение, задерживать выздоровление и, соответственно, удлинять сроки госпитализации. С другой стороны, психические расстройства сами могут быть следствием соматического заболевания в силу психологически понятной реакции на болезнь и, связанных с ней, ограничений различных видов деятельности. В части случаев причинно-следственные связи и первичность или вторичность психической соматической патологии остаются проблематичными и требуют совместной работы интернистов и психиатров.

Язвенную болезнь можно рассматривать как типичный пример психосоматического заболевания, при котором психоэмоциональные и психосоциальные факторы играют существенную роль, предшествуя и способствуя образованию язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке. Вместе с тем психические особенности являются лишь ко-факторами, которые приобретают причинное значение только в сочетании с генетическими, инфекционными, иммунными и местными факторами, совместно реализующими развитие болезни. Таким образом, язвенная болезнь является заболеванием, в котором соматическое всегда опосредовано психическим [5].

Считают, что развитие психосоматических заболеваний зависит не столько от интеллекта человека, сколько от особенностей его эмоционально-личностного реагирования. Под влиянием различных факторов (эндогенных, психогенных, социогенных) происходит напряжение, а потом ослабление функциональных возможностей адаптации. На клиническом уровне это приводит к возникновению наименее специфических непсихотических проявлений и нарушений невротической сферы – тревоги, астении, расстройств системы сон-бодрствование, вегетативных дисфункций. Реализация этих нарушений происходит через психофизиологические механизмы при участии эндокринных, вегетативных и соматических реакций[3].

Уже в преморбиде язвенной болезни исследователями отмечены повышение уровня тревожности, склонность к аффективным вспышкам, мнительность, развитие депрессивных синдромов. Некоторые авторы подчеркивают антагонистический конфликт между стремлением к зависимости и независимости. Кроме того, в этот период обращает на себя внимание высокая социальная активность пациентов, заключающаяся в смене места жительства, работы, семейного положения и т. п.

Параллельно с язвообразованием происходит увеличение частоты и тяжести депрессивного компонента в психопатологическом статусе больных с присоединением ипохондрического

синдрома. Гипертрофированное внимание к телесной сфере, трудности в осознании своих эмоций приводят к кумуляции психоэмоционального напряжения, которое на телесном уровне реализуется в преобладании процессов катаболизма над анаболизмом, изменениях иммунного статуса, развитии клинических признаков вторичного иммунодефицита, нарушении равновесия между факторами защиты и агрессии в слизистой оболочке желудка. Свойство личности, проявляющееся в сложностях при определении аффекта, идентификации собственных чувств, в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями, снижении способности к символизации, фокусировании в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях, получило название алекситимии. По нашим данным, около 50% больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки имеют повышенный показатель алекситимии.

Выраженность данной черты характера тесно связана с тяжестью депрессивного синдрома. Нередким проявлением психосоматических расстройств могут быть соматизированных депрессии. Они проявляются в форме: психопатологических расстройств (тревожно-фобических, ипохондрических, неврастенических); нарушении биологического ритма (бессонница, гиперсомния), сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, кожных, сексуальных расстройств; алгий различной локализации, патохарактерологических расстройств. Самой распространенной в общесоматической сети маской депрессии являются стойкие идиопатические алгии. Хроническая боль как проявление маскированной депрессии может локализоваться практически в любой части тела. Чаще всего врачи сталкиваются с цефалгиями, болями в спине, кардиалгиями, абдоминалгиями, фибромиалгиями [4]. Данная патология обуславливает преобладание в клинике неспецифических соматических жалоб, что затрудняет диагностику психических расстройств, а также «засоряет» картину основного заболевания.

По данным Миронычева Г.Н. и соавт., у 54% больных причиной язвенной болезни служит психическая травма, а остальные указывают на нее ретроспективно. Непосредственной причиной рецидива большинство больных язвенной болезнью тоже называют какой-нибудь конфликт, причем формирование психической симптоматики опережает клиническое проявление рецидива на 1-3 недели. Кроме того, причиной может быть неспецифический стресс, вызванный неспецифическими конфликтами, сопровождающимися тревогой. Точный механизм трансформации трудных жизненных ситуаций и обусловленных ими психоэмоциональных стрессов в конкретное психосоматическое заболевание сложен и еще недостаточно изучен.

Психосоматические расстройства возникают в результате субъективно неразрешимых конфликтов между пациентом и его окружением, вследствие нереализованных, подавленных отрицательных эмоций, перманентного чувства страха, тревоги, отчаяния или, напротив, гнева с элементами агрессии. Психоэмоциональный стресс не влечет за собой автоматического возникновения язвенного дефекта, но способствует переходу из скрытого, компенсированного состояния в клинически очерченную язвенную болезнь. Постоянное неудовлетворение биологических и социальных потребностей человека приводит к формированию так называемого «банка отрицательных эмоций» и генерализации действия эмоционального возбуждения на мозговые структуры и висцеральные функции.

Соматическое заболевание также накладывает отпечаток на психические и социальные характеристики личности, что связано с принятыми в обществе и медицинских кругах взглядах на ту или иную патологию. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки ассоциируется обычно со значительной субъективной тяжестью соматического страдания, возникновением тяжелых осложнений.

Реакция на болезнь может быть выражена в 2-х вариантах. В первом случае она проявляется непоколебимой уверенностью в собственной прекрасной телесной форме, ловкости, подвижности, а также выносливости, которая подкрепляется своеобразным «культулом тела» со

стремлением к физическому совершенствованию, занятиям спортом. Альтернативная соматопсихическая реакция проявляется склонностью к выявлению телесных ощущений, вазовегетативных расстройств, ипохондрическим самоконтролем и боязливым самонаблюдением. В соответствии с этими типами необходим дифференцированный подход к больным, режиму и рекомендациям после выписки из стационара[6].

Лечение психосоматических расстройств, по нашему мнению, должно включать широкий круг лечебных и профилактических мероприятий, требующих участия интерниста, психиатра и психотерапевта. Психотерапевтическое воздействие в общем, комплексном лечении больных психосоматическими расстройствами считается целесообразным. Оно должно учитывать не только предполагаемые психодинамические механизмы, участвующие в развитии расстройств, сколько психосоциальные проблемы, связанные с трудностями семейных, бытовых взаимоотношений, трудностями и ограничениями в профессиональной деятельности, связанные с соматическим заболеванием. Доказано, что использование психотерапии в комплексном лечении психосоматических расстройств дает выраженный непосредственный эффект[3]. Фармакотерапия предполагает использование широкого спектра психотропных средств - в первую очередь анксиолитиков, а также антидепрессантов, ноотропов и нейролептиков[1]. Однако применение психотропных средств в клинике сопряжено с некоторыми сложностями. Они обусловлены взаимодействием психофармакологических и соматотропных медикаментов, а также изменением внутренних органов толерантностью к фармакологическим средствам. Методика психофармакотерапии должна быть максимально простой, так как медицинская помощь больным с психосоматическими расстройствами оказывается в учреждениях общесоматической сети. Целесообразны проведение монотерапии, простые схемы лечения, назначения «малых», по сравнению с большой психиатрией, доз.

Основанием для назначения консультации психиатра могут быть стойкие и генерализованные соматоформные расстройства, затяжные нозогении, нозогенные реакции у психически больных, а также соматогении. Следует отметить, что назрела необходимость повышения уровня знаний пограничной психической и психосоматической патологии врачей общемедицинской сети, разработка специальных учебных программ, проведение тематических семинаров. На базе ГКБ №1 нами проводится исследование психических и психологических особенностей у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Обследовано 90 больных с перфорациями и кровотечениями. Предварительные результаты согласуются с вышеизложенными данными литературы.

По нашему мнению, психосоматические соотношения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и, особенно, при ее осложненных формах заслуживают самого пристального внимания и всестороннего изучения. Внедрение психиатрической помощи в соматические стационары позволит улучшить качество и уменьшить сроки лечения психосоматических расстройств.

Литература

1. Бениашвили А.Г. Проблемы лекарственных подходов к терапии больных с соматоформными расстройствами // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002. №3
2. Вейн А.М. Идеи невризма в гастроэнтерологии// Рос. Журн. гастроэнтерол., гепатол. - 1997. №3
3. Краснов В.Н. «Психиатрические расстройства в общемедицинской практике» РМЖ. - 2001. №25
4. Мироньчев Г.Н., Логинов А.Ф., Каплин А.В. Психосоматические аспекты язвенной болезни// Рос. Журн. гастроэнтерол., гепатол. - 1996. - №3
5. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н., Дробижев М.Ю. Психофармакотерапия и проблема организации психиатрической помощи в соматическом стационаре// Клиническая медицина - 2000. - №10
6. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н., Дробижев М.Ю. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи)// Журнал психиатрии и неврологии 1999. №4

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ*О.Е. Шалаева**Смоленская государственная медицинская академия*

Качество жизни (КЖ), как критерий оценки состояния больного и определения эффективности лечения, получил в последние годы широкое распространение в клинических и социально-медицинских исследованиях в различных областях медицины [2,4].

КЖ – это показатель, интегрирующий большое число физических, психологических, эмоциональных и социальных характеристик больного, отражающий способность человека адаптироваться к проявлениям болезни, а также объективно оценивать долговременную эффективность проведенного лечения и его влияние на все аспекты жизни индивидуума [1,3,5].

Целью исследования явился сравнительный анализ показателей качества жизни у больных туберкулезом легких в различные сроки после проведения операции.

Материалы и методы. Проведена сравнительная оценка результатов анкетирования у 70 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет, оперированных по поводу туберкулем и полостных образований легких в период с 1995 по 2002 годы. Средний возраст составил $38,63 \pm 1,52$ года ($41,38 \pm 1,69$ года у мужчин, $29,79 \pm 2,16$ года у женщин). В исследуемой группе мужчин было 56 человек (80%), женщин - 14 (20%). Среди наших пациентов инфильтративный туберкулез легких был у 6 (8,6%), фиброзно-кавернозный туберкулез - у 5 (7,1%), туберкулема - у 59 (84,3%). Частота впервые выявленного туберкулеза в группе была 91,5%. Все пациенты первоначально получали лечение противотуберкулезными препаратами по схеме не менее 6 месяцев. Рецидив туберкулеза легких после проведенной операции был у 1 больного (1,43%). Давность заболевания у всех обследованных до проведения операции была не менее 6 месяцев. Длительность наблюдения больных в противотуберкулезном диспансере составляла срок от 6 месяцев до 5 и более лет после хирургического вмешательства. После проведенной операции 64 (91,4%) пациента в исследуемой группе вернулись к активной трудовой деятельности. На момент обследования с диспансерного учета в противотуберкулезном диспансере было снято 19 человек (27,1%).

Каждому больному была выполнена атипичная резекция легких в объеме не более 2-х сегментов из переднебокового доступа. Послеоперационных осложнений и летальности в исследуемой группе не было.

Для оценки качества жизни использовался опросник Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), его автор - John E. Ware (The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts). Опросник включает в себя оценку по следующим 8 шкалам параметров здоровья, которые наиболее часто измеряются в популяционных исследованиях и которые более всего подвержены влиянию заболевания и лечения: Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, Role functioning Physical (RP) – ролевое физическое функционирование, Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, General Health (GH) – общее состояние здоровья, Vitality (VT) – жизнеспособность, Social Functioning (SF) – социальное функционирование, Role functioning Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на общественное функционирование, Mental Health (MH) – характеристика психического здоровья [4,5].

Все больные заполняли опросник, каждый ответ в котором оценивался соответствующим баллом. Ответы рассчитывались по отношению к максимально возможному баллу отдельно по каждой шкале. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием программы Stat Graphics Plus 3.0 Multiple Range Test и Microsoft Excel "Описательная статистика".

Результаты и их обсуждение. Сводные данные по качеству жизни и её изменениям в течение 5 лет после проведенной операции представлены в таблице 1.

Таблица 1. Анализ показателей качества жизни у больных туберкулезом легких в течение 5 лет после хирургического вмешательства

Сроки после операции	1 мес	6 мес- 1 год	2 года	3-4 года	5 и более лет
Число пациентов	n=22	n=15	n=13	n=11	n=9
<i>Шкалы опросника SF-36</i>					
PF	47,38±3,84	70,00±3,68*	76,54±3,41*	75,00±4,37*	73,33±2,20*
RP	33,33±4,34	56,67±7,09*	65,38±7,77*	54,55±6,59*	61,11±7,35*
BP	49,76±3,21	93,33±2,20*	96,31±1,95*	96,00±2,80**	90,67±3,87*
GH	55,29±2,61	57,0±3,07	61,62±3,19	54,18±3,45	58,78±4,0
VT	55,00±3,85	64,00±3,96	72,31±4,96*	58,18±3,77	63,33±3,91
SF	55,91±4,77	69,83±3,94	75,19±3,85*	73,63±4,45*	68,33±4,04
RE	51,51±5,69	73,33±7,42*	69,29±8,82	69,70±8,35	81,84±8,07*
MH	58,36±2,61	71,74±3,88*	69,23±1,64	61,45±3,51	65,33±3,06

* - показатели достоверно ($p < 0,05$) отличаются от исходных в первой группе клинических наблюдений через 1 мес. после операции

** - показатель BP через 3-4 года достоверно ($p < 0,05$) отличается от значения BP через 6 мес-1 год после хирургического вмешательства

Из таблицы 1 можно заключить, что в течение первого месяца после проведенного хирургического вмешательства у пациентов средние значения показателей качества жизни были снижены по шести шкалам опросника. Важно отметить, что две шкалы (RE, MH), по которым не выявлено достоверных различий, по сравнению с исследуемыми пациентами в более отдаленные сроки после операции, считаются одной из "чистых" составляющих психической компоненты здоровья.

Особенно значимой оказалась роль физического фактора. Так, больные данной группы отмечали выраженное снижение показателей физического здоровья (PF 47,38±3,84 балла). Пациенты имели определенные трудности в выполнении обычных физических нагрузок, ходьбе по ступенькам, наклонам, поворотам. Все исследуемые указали на невозможность выполнения интенсивных физических нагрузок типа бега, подъема тяжестей, ходьбы на значительные расстояния, подъема по нескольким лестничным пролетам. Но ни в одном случае пациенты не утратили способности к самообслуживанию.

По сравнению с другими исследуемыми группами выраженность болевого синдрома у данных больных была максимальной и влияла на их физическую активность и жизнедеятельность (BP 49,76±3,21 балла).

Несмотря на наличие заболевания, пациенты даже в течение первого месяца после операции достаточно высоко оценивали перспективы лечения, сопротивляемость заболеваниям и собственное здоровье (GH 55,29±2,61 балла). Причем и в динамике, что особенно важно, оценка этого показателя практически не изменилась.

С психологической точки зрения, данная группа пациентов значительно чаще испытывала отрицательные эмоции (печаль, тревогу, беспокойство, усталость, депрессию) и реже - положительные (оптимизм, "полноту" жизни, умиротворенность, счастье). Велика была степень влияния эмоционального состояния на обычную повседневную деятельность (RE 51,51±5,69). Физическое нездоровье (RP 33,33±4,34) с позиции общественного функционирования привело к неспособности данной группы пациентов выполнять обычную ежедневную трудовую (физическую) нагрузку.

У исследуемых больных в течение первого месяца после операции по сравнению с другими группами пациентов степень помех, создаваемых физическим и эмоциональным нездоровьем, была максимально выражена (SF 55,91±4,17 балла) и мешала нормальной социальной активности индивидуумов.

При анализе параметров опросника спустя 6-12 месяцев после операции было выявлено значимое увеличение показателей ($p < 0,05$) по трем шкалам и, соответственно, улучшение качества жизни пациентов. Так, хотя показатель физической функции в группе оставался достаточно низким (PF 70,00±3,68 балла), часть больных могла выполнять достаточно большой объем физических нагрузок без ограничений: подниматься по лестнице, пройти несколько кварталов, выполнять умеренные физические нагрузки (домашнюю работу, поднимать и нести небольшие тяжести, собирать ягоды и т.п.). Существенные ограничения физической активности возникали у пациентов только при выполнении тяжелых физических нагрузок (ходьба более одного километра, силовые виды спорта и т.д.), хотя 15% больных имели максимальную физическую активность.

Роль физического фактора (RP 56,67±7,09 балла) в данной группе по сравнению предыдущей была достоверно выше ($p < 0,05$) и уже не оказывала такого существенного влияния на способность к выполнению работы или любой другой привычной ежедневной нагрузке.

Физическая боль беспокоила пациентов очень мало или не беспокоила совсем (BP 93,33±2,20). Оценка жизнеспособности (VT 64,00±3,96) увеличилась по сравнению с предыдущей группой исследуемых, пациенты отмечали отсутствие усталости, утомляемости, ощущали себя полными сил, энергичными в течение большей части времени.

Психо-эмоциональное состояние пациентов несколько улучшилось по сравнению с предыдущей группой обследования (MH 71,47±3,88). Больные чаще чувствовали себя бодрыми, спокойными, счастливыми, реже ощущали подавленное состояние, испытывали меньше отрицательных эмоций.

Эмоциональное здоровье не оказывало выраженного негативного влияния на повседневные занятия, поведение с окружающими и выполняемую работу (RE 73,33±7,42 балла). Все пациенты в исследуемой группе положительно оценивали перспективы своего здоровья и сопротивляемость заболеваниям (GH 57,0±3,07).

Социальная активность (SF 69,83±3,94) этой категории больных несколько повысилась, не было отмечено явных ограничений, связанных с физическим или эмоциональным нездоровьем, которые повлияли бы на полноценное общение с родственниками, семьей или в коллективе. Через 2 года после операции отмечен достоверный рост показателей по пяти шкалам опросника: физическое здоровье, влияние физического состояния на общественное ролевое функционирование, физическая боль, жизнеспособность, социальное функционирование (PF, RP, BP, VT, SF; $p < 0,05$), оценки по трем оставшимся шкалам существенно не изменились по сравнению с предыдущей группой исследуемых.

Физическая функция у пациентов в данном периоде была максимально восстановлена, они могли выполнять все виды физических нагрузок (длительная ходьба, бег), за исключением силовых видов спорта (PF 76,54±3,41). Негативного влияния на общественное функционирование физическое здоровье не оказывало, у пациентов не возникало проблем в выполнении своей повседневной деятельности или работы (RP 65,38±7,77). Все исследуемые отметили полное отсутствие физической боли (BP 96,31±1,95) и, соответственно, данный фактор не вызывал ограничений обычной активности и жизнедеятельности.

Социальная роль больных через 2 года после операции была достоверно выше, чем у группы исследуемых через один месяц после хирургического вмешательства, ($SF 75,19 \pm 3,85$), не возникало ограничений в общении с семьей, коллегами по работе, вызванных физическими или эмоциональными причинами.

Шкала жизнеспособности была оценена пациентами более высоким баллом по сравнению с предыдущими группами исследуемых ($VT 72,31 \pm 4,96$) и получены значимые различия по сравнению с первой группой пациентов. Больные ощущали себя энергичными, полными сил, отмечали отсутствие усталости, повышение работоспособности. Эмоциональный статус больных ($MH 69,23 \pm 1,64$ балла) и влияние эмоций на повседневную жизнедеятельность пациентов ($RE 69,23 \pm 8,82$ балла) остались практически без изменений по сравнению с предыдущей группой. Тем не менее пациенты чаще отмечали ощущение покоя, счастья, позитивно воспринимали действительность, эмоциональные проблемы не вызвали каких-либо затруднений в ежедневной деятельности людей.

Проведя анализ результатов параметров опросника, полученных у пациентов спустя 3-4 года после операции, можно прийти к заключению, что физический компонент здоровья ($PF 75,00 \pm 4,37$ балла; $RP 54,55 \pm 6,59$; $BP 96,00 \pm 2,80$) остался без изменений по отношению к данным этих же шкал, полученным через 2 года после операции. Достоверные различия по этим шкалам опросника отмечены только с больными через 1 месяц после хирургического вмешательства, а по шкале физической боли и через 6-12 месяцев после операции.

Персональная оценка больными собственного здоровья и его дальнейших перспектив, сопротивляемости болезням значимых различий у этой группы исследуемых по сравнению с предыдущими группами не выявила ($GH 54,18 \pm 3,45$). Больные чаще оценивали свое здоровье как "хорошее" или "посредственное", ни в одном случае собственное здоровье не было оценено как "отличное".

Эмоциональное здоровье ($MH 61,45 \pm 3,51$) и влияние его на повседневную жизнедеятельность с позиции общественного функционирования ($RE 69,70 \pm 8,35$) и жизнеспособность ($VT 58,18 \pm 3,77$ балла) были такими же, как у пациентов через 12 месяцев после операции.

Не было случаев снижения достигнутого уровня социального функционирования. У пациентов не возникало проблем с полноценным общением в семье и коллективе, не было препятствий, обусловленных физическими или эмоциональными проблемами, для нормальной социальной активности.

Полученные данные показателей качества жизни у пациентов через 5 и более лет после проведенной операции не показали достоверной разницы между ними и результатами исследования в предыдущей группе. Значимые различия в оценке показателей опросника ($p < 0,05$) были выявлены по шкалам PF , RP , BP , RE с группой больных через 1 месяц после хирургического вмешательства.

Выводы

1. Проведенное исследование свидетельствует о возможностях значительного улучшения всех составляющих качества жизни больных туберкулезом легких при своевременном применении хирургического лечения в сочетании с химиотерапией.
2. Наиболее низкая оценка качества жизни у больных в течение первого месяца после операции отмечается за счет достоверного снижения показателей физического здоровья и выраженности болевого синдрома, что, в свою очередь, влияет на общественное ролевое функционирование.
3. Оценка показателей качества жизни в динамике помогает оптимизировать тактику ведения больных и индивидуализировать дальнейшую физическую, психо-эмоциональную и социально-трудовую реабилитацию.

Литература

1. Гурылёва М.Э., Визель А.А., Хузина Л.В. // Проблемы туберкулеза. - 2002. - №6. - С. 55-61.
2. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. // Клиническая медицина. - 2000. - №2. - С.10-13.
3. Шмелев Е.И., Куклина Г.М. // Проблемы туберкулеза. - 2001. - №8. - С. 34-36.
4. Ware J.E., Shubouene C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) // I Conceptual framework and item selection Medical Care. - 1992. - Vol. 30(6). - P. 473-483.
5. Donner C.F., DeCramer M. Pulmonary rehabilitation // Monograph 13. - March, 2000. - V.5. - 198 P.

УДК 616.366-002.1-06

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мыльников, А.Г. Паньков, С.Ю. Орлов, Т.Б. Ардасенов
Российский государственный медицинский университет, Москва
Кафедра госпитальной хирургии №2*

Диагностика холедохолитиаза и папиллостеноза, в особенности не проявляющихся механической желтухой, у больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) сложна, о чем свидетельствует сохраняющаяся высокая частота развития постхолецистэктомического синдрома [2, 5]. Эта проблема приобретает особую актуальность при остром калькулезном холецистите (ОКХ), когда при минимуме клинико-лабораторных и инструментальных данных, обусловленных дефицитом времени, необходимо избрать рациональную тактику лечения пациентов.

Цель исследования. Разработка критериев, характеризующих состояние желчевыводящих протоков (ЖВП) у больных с ОКХ на основании анализа клинико-лабораторных и ультразвуковых данных и создание на их базе прогностической системы, позволяющей диагностировать наличие патологических изменений билиарного тракта.

Материалы и метод. Ретроспективному анализу были подвергнуты истории болезни 82 больных с ОКХ. У всех пациентов информацию о состоянии ЖВП получили объективными методами, к которым относим прямую холангиографию (эндоскопическую ретроградную у 34 (41,4%) больных, чресфистульную - у 63 (76,8%), интраоперационную - у 4 (4,8%)) и эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС), выполненную у 14 (17,0%) пациентов. Мужчин было 32 (39%), женщин 50 (61%) в возрасте 26-93 года. Камненосительство в анамнезе обнаружили у 26 (31,7%) больных, печеночные колики у 55 (67,0%); 3 (3,6%) пациентов ранее перенесли механическую желтуху, 8 (7,3%) - ОКХ и 2 (2,4%) - острый билиарный панкреатит. При настоящей госпитализации механическую желтуху различной степени выраженности выявили у 31 (37,8%) пациента. У всех больных исследовали биохимические показатели крови и выполнили ультразвуковое исследование (УЗИ).

Тактика лечения пациентов была различной. Так, 3 больным преклонного возраста (3,7%) экстренно осуществили холецистостомию и дренирование брюшной полости по поводу ОКХ, осложненного местным перитонитом. Оперировали срочно (в течение 48-72 часов) 62 пациентов (75,6%) ввиду прогрессирования воспалительного процесса в желчном пузыре, 56 из них произвели декомпрессирующие желчный пузырь вмешательства, 6 - холецистэктомию. У остальных 17 больных (20,7%) ОКХ купировали консервативно. Отсроченную холецистэктомию через 7-14 суток от поступления выполнили 52 пациентам (63,4%) с разрешившимся после дренирования желчного пузыря или консервативно острым холециститом.

При проведении холангиографии или ЭУС отсутствие патологических изменений ЖВП констатировали у 32 из 82 больных (39%), в то время как у остальных 50 (61%) пациентов выявили холедохолитиаз (27 – 32,9%), папиллостеноз (10 – 12,2%), их сочетание (9 – 11,0%), прочие изменения (4 – 4,9%). Из них 40 пациентам выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию.

Результаты исследования: проведен математический анализ 22 различных клинико-лабораторных и ультразвуковых параметров, которые по данным литературы наиболее точно характеризующих состояние ЖВП [3, 1, 4]. После статистической обработки материала с использованием критериев Стьюдента для параметрических и χ -квадрат для непараметрических показателей были выделены достоверно значимые ($p < 0,05$) факторы риска наличия холедохолитиаза и/или папиллостеноза у больных с ОКХ. Каждому из полученных показателей при помощи неоднородного последовательного анализа по формуле Вальда был присвоен диагностический коэффициент (балл) в соответствии с дифференциально-диагностической значимостью полученных критериев [табл. 1].

На основе созданной прогностической системы при сумме баллов «менее -11» вероятность наличия холедохолитиаза или папиллостеноза составила 7,1%, «от -11 до +9» – 73,9%, «более +9» – 100%. Эти данные оказались способны предсказывать наличие патологических изменений ЖВП у больных с ОКХ с чувствительностью в 95,8%, специфичностью в 100%, общей диагностической точностью, равной 97,5%.

Таблица 1. Критерии наличия холедохолитиаза и папиллостеноза

Показатель	Значение	Балл
Проявления ЖКБ в анамнезе	Нет	-3,9
	Есть	+2,0
Желтуха при поступлении	Нет	-2,9
	Есть	+7,6
Общий билирубин (мкмоль/л)	≤ 40	-2,1
	> 40	+3,3
Прямой билирубин (мкмоль/л)	≤ 10	-3,2
	$> 10 \leq 20$	-1,5
	> 20	+4,5
АлАТ (U/l)	≤ 40	-3,1
	> 40	+4,5
АсАТ (U/l)	≤ 30	-4,9
	> 30	+2,7
ЩФ (U/l)	≤ 350	-3,4
	> 350	+4,7
Минимальные размеры камней желчного пузыря (мм)	≤ 5	+4,8
	> 5	-4,4
Количество камней желчного пузыря	≤ 5	-4,4
	> 5	+3,1
Диаметр гепатикохоледоха (мм)	≤ 6	-4,28
	$> 6 \leq 8$	+0,1
	> 8	+8,4

При апробации на проспективной группе, состоящей из 40 пациентов, предложенная система оказалась удобной для практического использования и достаточно информативной.

чувствительность ее составила 100%, специфичность – 96,4%, а диагностическая точность – 97,5%.

Выводы:

- 1) пациенты с ОКХ и суммой баллов менее (-11) не нуждаются в дополнительном обследовании желчных протоков, так как вероятность наличия у них холедохолитиаза или папиллостеноза не велика;
- 2) у больных с суммой баллов от (-11) до (+9) риск наличия патологических изменений гепатикохоледоха достаточно высок, они, по нашему мнению, нуждаются в более прецизионном обследовании ЖВП. При этом одной из перспективных методик, направленной на достижение результата, считаем эндоскопическую ультрасонографию, которая при малой инвазивности обладает высокой диагностической точностью;
- 3) у пациентов с суммой баллов более (+9) вероятность наличия холедохолитиаза или папиллостеноза приближается к абсолютной, в связи с чем этим больным показаны прямое контрастирование желчных протоков и эндоскопическая коррекция выявленных изменений.

Литература

1. Андреев А.Л., Рыбин Е.П., Учваткин В.Г., Седлецкий В.В., Филин А.С., Прядко А.С., Грах С.И. Комбинированная эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни, осложненной заболеваниями терминального отдела общего желчного протока // Вестник хирургии.-1997. С. 30-34.
2. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии // М: Медицина, 1988.
3. Мизаушев Б.А. Интраоперационная холангиография и критерии риска в диагностике холедохолитиаза // Вестн. Кабард.-Балкар. гос. университета.-1996; 2: С. 67-68.
4. Abboud P.A.C., Malet P.F., Berlin G.A., Staroscik R., Cabana M.D., Clarke G.R., Shea J.A., Schwartz J.S., Williams S.V. Predictors of common bile duct stones prior to cholecystectomy: a metaanalysis // Gastrointest. Edosc.-1996; 44(4): P. 450-455.

УДК 616.33 – 089:615.015-092.4/9

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ ЖЕЛУДКА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Е.А. Юркова, Л.В. Тихонова

Смоленская государственная медицинская академия

Результаты любого оперативного вмешательства на желудке во многом определяются частотой осложнений [1,5]. Сочетание ваготомии с дренирующими желудок операциями, как и сама ваготомия, могут вызвать такие же осложнения, как при выполнении классической резекции желудка или гастроэнтероанастомоза [1,4,5,6,11]. Одним из осложнений является нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка [3,4,5]. В первые 3 суток после операции на электрогастрограммах (ЭГГ) регистрируется резкое понижение сократительной способности и тонуса культи желудка, нарушается цикличность чередования волн ЭГГ, медленное улучшение ее наблюдается лишь с 4 суток. При изучении регионарного кровотока в стенке желудка у пациентов с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка получили результаты, свидетельствующие о его ухудшении [2,7].

После наддиафрагмального пересечения блуждающих нервов периодические движения голодного желудка сохраняются, но становятся хаотичными, их количество и амплитуда заметно уменьшаются. На фоне полной атонии органа изредка возникают слабые сокращения, которые недостаточны для своевременной и полной эвакуации из желудка при сопутствующем спазме пилорического сфинктера, что обусловлено тормозящим влиянием симпатических нервов [8,9]. При пересечении чревных нервов, их блокировании или введении в организм симпатических средств отмечается удлинение периодов «работы» и усиление двигательной

деятельности желудка, увеличение его тонуса, расслабление пилорического сфинктера, ускорение эвакуации из желудка на фоне повышения активности блуждающего нерва [9].

С целью улучшения результатов селективной проксимальной ваготомии (СПВ) предлагается проводить длительную (5 - 7 дней) медикаментозную блокаду чревного сплетения, направленную на усиление антрадуоденальной моторики, снятие ангиоспазма и увеличение антрадуоденального кровотока [4]. Использование в качестве анестетика раствора новокаина выбрано не случайно. Распространяясь по тканям, он сам «находит» нервные стволы. При выполнении гастростомии А.В. Вишневецкий однократно вводил 0,25% раствор новокаина в клетчатку печеночно-желудочной связки, где находятся п. п. vagi [10]. Анальгезирующий эффект и сохранение моторики желудка были связаны с воздействием на экстрагастральные нервы, что более физиологично, чем их пересечение.

В децентрализованном желудке, сохраняются спонтанные, хорошо координированные движения, которые рассматриваются как проявление собственного автоматизма его гладкой мускулатуры. Они обусловлены наличием в стенке желудка мощного интрамурального нервного аппарата, часть которого составляет ауэрбаховское сплетение. Ряд авторов выделяют в стенке желудка «особые водители ритма», или датчики, с наиболее выраженной двигательной активностью [9].

Исходя из вышесказанного, целью исследования стала разработка способа управляемой медикаментозной чрескатетерной экстрагастральной «нейротомии», основанная на особенностях иннервации желудка, позволяющей справиться с осложнениями СПВ и способствовать улучшению заживления операционной раны.

На нефиксированных трупах взрослых людей нами изучены топографо-анатомические особенности парагастральных клетчаточных пространств с точки зрения возможного использования их для медикаментозной чрескатетерной экстрагастральной «нейротомии». В экспериментах на 180 лабораторных животных в 2 сериях опытов исследовали особенности заживления раны стенки желудка и течения послеоперационного периода в условиях регионарных экстрагастральных инфузий. Первая серия опытов была посвящена изучению заживления ран желудка без регионарных инфузий, вторая - в условиях регионарных инфузий 0,25% раствором новокаина. Использовались следующие модели оперативных вмешательств: линейное проникающее ранение стенки желудка, резекции желудка по Б-I, Б-II, пилоропластика, гастроэнтероанастомоз. У всех животных в послеоперационном периоде клинически оценивали общее состояние, внешний вид лапаротомной раны, при релапаротомии - наличие и выраженность спаечного процесса. При выведении животных из эксперимента на 10-е сутки оценивалось состояние органов брюшной полости, извлекался желудок для морфологического исследования регенерата и определения его биомеханических свойств.

Исследованиями на трупном материале установлено, что топографо-анатомические особенности желудка человека позволяют осуществлять инфузии в парагастральную клетчатку; наиболее обоснованными местами установки микроирригатора для последующих парагастральных инфузий являются: клетчатка между листками lig. hepatogastricum вблизи кардии и клетчатка между листками lig. gastrocolicum вблизи пилорического отдела желудка. Опасной для введения катетера в клетчатку печеночно-желудочной связки является зона между малой кривизной желудка и кривой, соединяющей точки, находящиеся на расстоянии 2,5 см от малой кривизны в кардиальном и 1,5 см - в пилорическом отделах, в клетчатку желудочно-ободочной связки - зона на расстоянии до 3 см от большой кривизны.

Основываясь на топографо-анатомических особенностях связочного аппарата желудка, нами разработан способ проведения медикаментозной «нейротомии» (Патент № 2149584), суть

которого заключается в установлении катетера в клетчатке между листками lig. hepatogastricum и последующем дозированном введении через него анестетиков. Способ апробировали в двух сериях опытов на лабораторных животных, с моделью операции на желудке. В основной серии опытов через катетер, установленный в клетчатке вблизи малой кривизны, в интра- и послеоперационном периодах вводили 0,25% раствор новокаина, в контрольной - инфузии не проводились. Наблюдения показали, что парагастральные инфузии изменяют течение послеоперационного периода. Животные опытной группы, в сравнении с контрольной, отличались высокой активностью, масса сохранялась на уровне предоперационной, у контрольных - обычно снижалась на 5-10% в первые 3 суток, причем у 33,3% животных дефицит ее отмечался и к 10 суткам после операции. Во время релапаротомии у опытных животных в брюшной полости обнаруживались рыхлые, легко разделяемые спайки, у контрольных - спайки были грубыми и кровоточили при разделении. Визуально у животных опытной группы рубцовая ткань регенерата стенки желудка была более прочной, эластичной, тонкой и нежной, чем в контроле. Это полностью совпадало с результатами тензиометрического исследования. На 10-е сутки в контрольной группе разрывное напряжение регенерата составляло $0,30 \pm 0,01$ МПа, в опытной группе - $0,40 \pm 0,02$ МПа со статистической достоверностью между группами ($P < 0,005$).

При гистологическом исследовании регенерата стенки желудка на 10 сутки в контрольной группе у всех животных определялось выраженное гнойно-продуктивное воспаление, в отдельных опытах - зона некроза, флегмонозного воспаления, микроабсцедирования, в опытной группе степень гнойного воспаления в целом меньше, признаки продуктивного воспаления незначительны, в основном по периферии шовного материала. При гистологическом исследовании регенерата стенки желудка в те же сроки в контрольной группе у всех животных определялись признаки выраженного гнойно-продуктивного воспаления, в отдельных опытах - зона некроза, флегмонозного воспаления, микроабсцедирования, в опытной группе степень выраженности гнойного воспаления в целом меньше, признаки продуктивного воспаления незначительны, в основном по периферии шовного материала.

Таким образом, блокада желудочных сплетений и связующих ветвей сплетений других органов верхнего этажа брюшной полости положительно влияет на их морфологическое и функциональное состояние, обеспечивая в комплексе эффективность проводимого хирургического лечения. Экстрагастральные инфузии 0,25% раствором новокаина помогают справиться с болевым синдромом и атонией желудка, создают условия для улучшения репаративных процессов. Разработанная методика регионарной инфузии технически проста, безопасна, может быть выполнена лапароскопически и рекомендована в комплексном лечении заболеваний желудка.

Литература

1. Алиев М.А., Кашкин К.А., Бикулов К.А. и др. Диагностика и лечение рецидивных язв после ваготомии // Хирургия. 1988. №5. С. 10-13
2. Афанасьев В.Н. Резекция желудка плазменным скальпелем с однорядными швами: Дисс. ... канд. мед. наук. - Смоленск, 1995. - 286с
3. Бабихер Осман, Лиссов И.Л. Моторно-эвакуаторная функция желудка после различных видов ваготомии// Клиническая хирургия. - 1984. - №8. - С. 28-30
4. Гервазиев В.Б., Лубянский В.Г., Чиликиди К.Ю. Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с длительной медикаментозной блокадой чревного сплетения в лечении больных с дуоденальными язвами // Хирургия. - 1993. - №11. - С. 39-40.
5. Герич Р.П., Софьян В.В., Кирсанов Ю.В. Влияние СПВ на моторно-эвакуаторную функцию желудка в раннем послеоперационном периоде// Клиническая хирургия. - 1984. - №8. - С. 22-25.
6. Дуденко Г.И., Зыбин В.М. Последствия ваготомии. Киев, Здоров'я, - 1987. - 139с
7. Ковальчук Л.А. Хирургические аспекты регионарного кровотока желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 1984. - №3. - С. 34-38
8. Колосов Н.Г. Нервная система пищеварительного тракта позвоночных и человека. Ленинград, Наука, - 1968. - С. 49-61

ОБЗОРЫ

УДК 616.36-008.5

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Ф.В. Базилевич, А.С. Габоян, В.И. Малярчук, З.Ш. Абашидзе, А.Е. Климов
Кафедра хирургии Российского университета дружбы народов

Лечение больных механической желтухой, особенно опухолевого генеза, является одной из наиболее острых проблем абдоминальной хирургии (8, 26).

В настоящее время число воспалительных и опухолевых заболеваний поджелудочной железы, желчных протоков, БДС, сопровождающихся механической желтухой, продолжает увеличиваться (42, 53, 84). Эпидемиологические исследования, проведенные в Европе, свидетельствуют о том, что заболеваемость опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны составляет в развитых странах 12,5 заболевших на 100000 населения (85). В России заболеваемость находится на уровне 9,0, а по Москве 11,4 заболевших на 100000 жителей (1, 20).

Механическая желтуха одно из грозных осложнений, возникающих в основном при желчнокаменной болезни (до 73,6%), холедохолитиазе (53%), раке органов билиопанкреатодуоденальной области (от 30 до 41,8%), панкреатите (до 21%) (49, 11, 19, 68).

Несмотря на изученность проблемы механической желтухи, в настоящее время продолжают оставаться актуальными такие вопросы, как дифференциальная диагностика желтух, установление ее причин и выбор рационального комплексного лечения больных (47, 50, 39, 40, 41).

Дифференциальная диагностика причин блокады билиарного тракта, с которыми чаще всего приходится иметь дело хирургу (холедохолитиаз, стеноз БДС, панкреатит, опухоли головки поджелудочной железы, опухоли общего желчного протока или БДС), трудна из-за сходства симптомокомплекса (24, 61, 17, 82, 86). Существующие инструментальные методы исследования (эндоскопические, рентгенологические, лапароскопические) далеко не всегда позволяют получить ответ на все поставленные вопросы, а некоторые методики, такие как ЭРПХГ, ЧЧХГ, сложны, инвазивны, не всегда выполнимы, небезразличны для больного и имеют определенный риск развития серьезных осложнений (12, 31, 46, 9, 27, 4, 6, 71, 83). К тому же, при опухолевой блокаде билиарного тракта рентгеноконтрастные методики не дают четкой информации о распространенности процесса за пределы первичного очага и чаще всего применяются в тех случаях, когда опухолевой процесс достигает высокой степени развития (44).

В последние годы при патологии органов панкреатобилиарной зоны ЭРПХГ получила самое широкое распространение в комплексе с вмешательством на БДС. Его высокая диагностическая эффективность, достигающая 82-94%, и терапевтическая эффективность вмешательств при доброкачественных воспалительно-калькулезных заболеваниях желчных протоков и поджелудочной железы привели к тому, что эти методы заняли ведущее место в лечебно-диагностическом комплексе (3, 29, 36, 55, 72, 80).

Очевидно, поиск неинвазивных и высокоинформативных методов диагностики причин блокады билиарного тракта, которые помогут своевременно выявить патологический процесс, определить его характер и распространенность, является актуальной проблемой (77, 79). В этом плане среди современных инструментальных методов исследования наиболее перспективной представляется УЗТ (33, 21). Этот метод быстро развивается и приобретает все большее диагностическое значение благодаря простоте применения, полной безопасности для больного, возможности выявления как самой причины блокады билиарного тракта, так и панорамного осмотра органов (25).

У больных с механической желтухой и холемией возникают глубокие расстройства со стороны печени, почек, сердечно-сосудистой и нервной систем, а так же нарушения со стороны обмена веществ и свертывающей системы крови. Значение всех указанных изменений настолько велико, что они являются главными и определяющими факторами в течении заболевания. Это отражается на результатах лечения таких больных и часто служит причиной послеоперационных осложнений и летальности (14, 62, 43, 63). Поэтому предоперационная подготовка при механической желтухе различной этиологии является этапом, который нередко решает исход заболевания. Придавая фактору времени при данной патологии важную роль, подготовка к операции должна быть, по возможности, кратковременной, интенсивной и комплексной. Желтуха - необязательный предвестник запущенного заболевания и не является противопоказанием к оперативному вмешательству (70).

Уже возникнув, желтуха, по существу, является ведущим и ярким симптомом, заставляющим клинициста искать как причину, так и уровень обтурации. Рассматривать желтуху только как симптом другого какого-либо заболевания, пусть даже злокачественного, недостаточно. Желтуха является симптомом - и только симптомом - лишь в начальных фазах начавшегося обтурационного процесса в желчных путях (30, 34). С нарастанием интенсивности желтухи, увеличением сроков ее существования при неустранимой причине обтурации желчных путей постепенно нарастают, претерпевают качественные изменения все системы заболевшего организма. Дойдя до определенного критического уровня, желтуха уже перерастает стадию только симптома, становится самодовлеющим ведущим фактором со своей клинической и физиологической характеристикой, своими законами развития и своими осложнениями. В этот период причина, вызвавшая желтуху, отступает на «второй план», выполнив роль "пускового", "стартового" момента. Можно сказать, что одно заболевание породило другое заболевание не менее, а в ряде случаев, более грозное, чем первое (30).

Чем больше длительность механической желтухи и выраженнее ее интенсивность, тем чаще развивается печеночная недостаточность и неудовлетворительны результаты лечения (5). Раннее оперативное вмешательство после интенсивной предоперационной подготовки, включающей малоинвазивные декомпрессионные методы, препятствует развитию печеночно-почечной недостаточности в послеоперационном периоде (10, 78).

Связь между механической желтухой и другим грозным послеоперационным осложнением — ОПН — была первоначально описана более восьми десятилетий назад и теперь является хорошо известным клиническим признаком. ОПН наблюдается у 8-10% пациентов, которым требуется оперативное вмешательство. При этом вероятная летальность при ОПН составляет от 70 до 80%. Система профилактических мероприятий, основанных на оценке этиопатогенетических факторов ОПН, может привести к улучшению прогноза у пациентов с механической желтухой (69, 74 73, 75, 66, 76).

Одной из причин летальных исходов у оперированных по поводу опухолевой механической желтухи является прогрессирующая печеночная недостаточность - срыв компенсаторных возможностей печени и возникновение новой клинической ситуации, когда печень своей

функциональной деятельностью ведёт к развитию метаболического ацидоза в клетках гепатоцитов (18). В свою очередь, холемия, как фактор гепаторгии, обусловлена неполноценным дренированием желчных путей в раннем послеоперационном периоде (13, 60), что вызывает состояние острой эндотоксемии. Отмечено, что выраженность эндотоксемии находится в прямой корреляционной связи с длительностью желтухи, поэтому ранняя диагностика и рациональная тактика лечения определяют ее исход (22, 16, 81). Изменения функциональной деятельности печени оцениваются по-разному. Ряд авторов объясняют их неполноценностью различных превращений (56), другие - несоответствием между возможностями печени и потребностями организма (15).

Диаметр общего желчного протока - один из важнейших критериев при определении необходимости оперативного лечения. Расширение холедоха свыше 16 мм в диаметре в 95% наблюдений свидетельствует о необратимых изменениях функционального состояния желчных путей. Следует отметить, что при обструкции протока камнем изменения и деструкции стенки желчного хода выражены значительно сильнее, чем при медленно нарастающей обтурации. Исследования препаратов стенки желчного хода после хирургической коррекции тока желчи показывают, что дренирующие проток операции снижают явления компрессии, оказывают нормализующее воздействие на его структуру. Особенно эффективны эти операции при ранних изменениях стенки желчного хода, которые не дошли до степени деструктивных. Восстановление архитектоники стенки протока при отсутствии холангита происходит значительно полнее и быстрее, чем в осложненных холангитом случаях.

В настоящее время отсутствует стандартизация групп больных по степени тяжести, что делает весьма сложным сопоставление результатов различной тактики и методов лечения. Поэтому в практической хирургии не прекращаются попытки определения критериев степени тяжести, ее классификации и выбора тактики лечения на основании прогноза течения заболевания.

В 1989 году П.Н. Напалковым и Н.Н. Артемьевой была предложена классификация степеней тяжести механической желтухи, основанная на длительности механической желтухи, уровня билирубина и выраженности печеночно-почечной недостаточности.

В основу классификации степеней тяжести механической желтухой различного генеза Н. А. Борисовой и соавт. (1996) положено исходное содержание билирубина. А.Б.Баширов, А.Е. Алибеков (2000) при обследовании больных механической желтухой выделяли три группы в зависимости от длительности желтухи, наличия симптомов холангита, уровня билирубина.

А.Н. Щербюк, П.А. Иванов, А.Г. Макаров, А.Ю. Румянцев (2001) разработали математический способ динамического контроля за состоянием больных с механической желтухой, базирующийся на коэффициенте степеней тяжести, который определяется на основании объективных и доступных практическому врачу количественных параметров.

Самым трудным вопросом в лечении больных с механической желтухой является выбор сроков предоперационной подготовки и объема оперативного вмешательства, а также дальнейшего комплексного лечения. По мнению основного большинства авторов, механическая желтуха является прямым показанием к оперативному вмешательству, но вопрос о сроках оперативного вмешательства остается дискуссионным. Так, одни авторы являются принципиальными сторонниками выжидательной тактики (11, 34, 35, 52), другие сокращают предоперационный период до 3-5 суток (48). Отмечается так же, что уже через 10-14 дней после наступления механической желтухи функция печени нарушается настолько, что хирургическое вмешательство становится рискованным и сопровождается высокой летальностью от 12,1% до 49% (58, 28, 57).

При сравнении клинических и лабораторных данных показано преимущество малоинвазивных дренирующих вмешательств в комплексной предоперационной подготовке больных с последующим хирургическим лечением, своевременно устраняющим причины холестаза с восстановлением пассажа желчи (37, 2, 67).

Несмотря на широкий диапазон вариантов подготовки к операции больных с длительной и интенсивной механической желтухой опухолевого и неопухолевого генеза, проблема эта остаётся нерешённой (23, 38).

При использовании гемосорбции (ГМС) и энтеросорбции (ЭС) в качестве предоперационной подготовки в литературе указывается на снижение послеоперационной летальности только на 3%, но при этом увеличивается число радикальных операций до 5% при опухолях поджелудочной железы и с 15,4 до 33,3% - при раке желчных протоков, а так же количество паллиативных операций за счёт диагностических лапаротомий на 20%. В результате применения ГМС госпитальная летальность после радикальных операций при раке панкреатодуоденальной зоны снизилась с 19,8 до 7,5% .

В.М. Субботин, Ю.Б. Бусырёв (1995) наиболее тяжелым больным с непроходимостью желчных путей различного генеза, осложнившейся ОППН, в качестве предоперационной подготовки использовали как различные методы дренирования билиарной системы, так и дренирование грудного лимфатического протока с лечебной целью и плазмоферез. Лимфосорбция выполнялась больным, находившимся в состоянии печёночной комы на фоне обструкции желчевыводящих путей, с билирубинемией свыше 500 мкмоль/л. Наибольшее количество осложнений и летальных исходов было у больных со злокачественными поражениями билиопанкреатодуоденальной зоны. Сочетание декомпрессии билиарной системы с методами ЭД позволяет уменьшить период предоперационной подготовки, сократив потери желчи при длительном наружном дренировании, улучшить функцию печени.

У А.Н. Чикина, С. В. Кремера и соавт. (1997) представлены результаты различных вариантов декомпрессии билиарной системы в предоперационном периоде у больных с механической желтухой. Вид декомпрессии желчных путей зависит, по данным авторов от локализации и протяжённости обтурации. Успешное выполнение билиарной декомпрессии позволяет устранить холемию и подготовить больных к операции. Критерием эффективности проведённой декомпрессии и готовности пациентов к оперативному лечению авторы считают нормализацию показателей билирубина, общего белка крови, АЛТ, АСТ, коагулограммы (54, 46).

По данным Кустова А.Е. (1999), проведён анализ результатов лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза. Использование эффективной предварительной декомпрессии билиарной системы позволило снизить частоту развития послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с группой больных, оперированных на высоте желтухи, с 39,0 до 15,9% и с 19,5 до 6,8% соответственно.

Таким образом, несмотря на относительно высокий процент осложнений после дренирующих манипуляций, последние позволили снизить летальность в 2 раза и в 3 раза уменьшить количество осложнений после оперативных вмешательств (65).

Анализируя отечественные и зарубежные литературные данные, можно заключить, что в настоящее время нет единой точки зрения на тактику ведения больных механической желтухой различного генеза, в частности, на проблему предоперационной подготовки. Аналогичная ситуация складывается при выработке критериев оценки и классификации степени тяжести механической желтухи.

Существующие в настоящее время многочисленные классификации, оценочные шкалы степени тяжести механической желтухи и особенно их различные модификации зачастую громоздки и малопригодны к применению в клинической практике. Не учитываются генез (доброкачественный и злокачественный процессы) и особенности клинического течения данного заболевания. Нет указаний на диагностическую ценность холангиоэктазии, как одного из важных критериев оценки желчной гипертензии.

Бесспорно, доказанным можно считать, что тяжесть состояния больного напрямую зависит от степени печеночно-почечной недостаточности, развивающейся на фоне гипербилирубинемии, давности механической желтухи. Не вызывает сомнений необходимость оперативного разрешения холестаза в предоперационном периоде посредством малоинвазивных дренирующих вмешательств, однако сроки подготовки пациентов к радикальным операциям остаются дискуссионными. Учитывая вышесказанное, можно считать, что проблема механической желтухи дает широкое поле деятельности для будущих исследований, в частности, указанных ее аспектов.

Литература

1. Аксель Е.М., Двойрин В.В., Трапезников Н.Н. Статистика злокачественных новообразований в России и некоторых других странах СНГ. – М. - 1993. - С.299.
2. Бабаджанов А.С., Курбаниязов З.Б., Каспаров А.А. и соавт. Плазмолитизис в хирургическом лечении больных механической желтухой. //Вестник врача общей практики. – 2001. - №2. – С.23-26.
3. Балалыкин А.С., Клямов П.В. Эндоскопическая диагностика и лечение опухолей большого дуоденального сосочка. // Хирургия. – 1990. – № 1. – С.56 – 61.
4. Балалыкин А.С., Крапивин Б.В., Полов А.Ф. и соавт. Комплексное эндоскопическое лечение больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой. // Тезисы докладов Межрегиональной конференции хирургов «Механическая желтуха». – Москва. - 1993. – С.11-12.
5. Балалыкин А.С. ЭРПХГ, ЭНГ и чрескапиллярные операции - успехи и проблемы. //Сборник тезисов 3-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М. - 1999. - С.22-24.
6. Батвинков Н. И., Гарелик П.В., Каяло И.К. и соавт. Хирургическое лечение больных с механической желтухой. // Хирургия. – 1993. – №1. – С. 17 – 21.
7. Баширов А.Б., Алибеков А.Ф. Иммунокоррекция при хирургическом лечении механической желтухи. //Материалы III конгресса ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – Москва. - 2000. – С.25-28.
8. Борисова Н.А. Чрескожные эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. //Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Санкт-Петербург. – 1996. – 35с.
9. Васильев А.Ю., Желзинская Н.В. Сравнительная оценка ультразвукового исследования и ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике рака поджелудочной железы. //Ультразвуковая диагностика. – 1997. - №2. – С.10-14.
10. Вахидов А.В., Касимов Ш.З., Кириченко И.П. и соавт. Перспективы использования экстракорпорального подключения ксеноселезенки в лечении больных циррозом печени и механической желтухой. //Вестник хирургии им. Грекова. – 1993. - Т. 150. - №2. – С.90-92.
11. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочияшвили В.И. Непроходимость желчных путей. – М.: Медицина. - 1977. – 312с.
12. Виноградов В.В., Брагин Ф.А., Алексеев В.Ф. Диагностическое значение чрескожной гепатохолангиографии. //Проблемы хирургии желчных путей. – Москва. - 1982. – С.137 – 138.
13. Виноградов В.В., Цхакая З.А., Пауткин Ю.Ф. Хирургия желчных путей. – Тбилиси. – 1991. – С.5-37.
14. Вишневецкий В.А., Шадин И.М., Бруслик В.Г. Профилактика и лечение печеночной недостаточности у больных с механической желтухой. //Материалы Первого Московского международного конгресса хирургов. – Москва. – 1995. – С.250-251.
15. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевочкин А.Ю. Радикальное лечение рака желчных протоков. //Материалы Первого Московского международного конгресса хирургов. – М. – 1995. – С.248-249.
16. Гинкас Е.М. Гемосорбция в лечении больных с печеночной недостаточностью. //Анестезиология и реаниматология – 1995. - №3. – С.57-60.
17. Гостищев В.К., Мисник В.И., Меграбян Р.А., Воротынец А.С. Исследование больных заболеваниями желчных путей, осложненных механической желтухой, в дооперационном периоде. //Сборник тезисов 1-го Московского международного конгресса хирургов. - М. - 1995. - С.304-305.
18. Давыдов А.А., Давыдов М.А., Далаев Р.С. и соавт. Диагностика и лечение механической желтухи с признаками печеночной энцефалопатии. //РМЖ. – 2001. – Т. 9. - №12. – С. 38-40.

19. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Шойхет Я.Н. Патогенез, диагностика и лечение механической желтухи. – Краснодар. – 1990. – 111с.
20. Демин Д.И., Кралиш В.В., Минаев И.И. и соавт. Проблемы радикального хирургического лечения больных панкреатодуоденальным раком. //Российский онкологический журнал. – 1997. – №2. – С.18-20.
21. Егнев В.Н., Рудакова М.Н. Ультразвуковая диагностика механической желтухи опухолевого генеза. //Материалы I съезда Ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. – Москва. – 1991. – С.94.
22. Егнев В.Н., Рудакова М.Н., Валетов А.И. Тактика лечения механической желтухи. //Механическая желтуха. – М. – 1993. – С.29-30.
23. Ермолов А.С., Юрченко С.В., Дасаев Н.А. Декомпрессия желчевыводящих путей для подготовки больных с обтурационной желтухой и холангитом к радикальной операции. //Хирургия. – 1994. – №9. – С.24-29.
24. Иванов В.А. Ультразвуковая диагностика рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. //Дис... канд. мед. наук. – М. – 1994. – С.24-25.
25. Иванов В.А. Роль ультразвуковой томографии в диагностике и хирургии дистальной блокады билиарного тракта. //Дис... Д-ра мед. наук. – М. – 1999. – 255с.
26. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И. Чрескожные чреспеченочные диагностические лечебные вмешательства у больных механической желтухой опухолевой этиологии. //Анналы хирургической гепатологии. – 1997. – Т.2. – С. 110-117.
27. Ившин В.Г., Якунин А.У., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. – Тула. – 2000. – С.55-56.
28. Козырев М.А. Лечение острой печеночной недостаточности при механической желтухе. //Хирургия. – 1990. – №10. – С.42-45.
29. Котовский А.Е. Эндоскопическая баллонная дилатация при рубцовых сужениях билиарнопанкреатической области. // Материалы симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – М. – 1998. – С.50-51.
30. Кочиашвили В.И. Вопросы хирургии механической желтухи. //Автореф. дисс...док. мед. наук. – Москва. – 1970. – 27с.
31. Крендаль А.П., Ерамишанцев А.К. Хирургическая эндоскопия в лечении механической желтухи и холангита. //Материалы Первого Московского международного конгресса хирургов. – М. – 1995. – С.259-261.
32. Кустов А.Е. Тактика хирургического лечения больных с опухолевой механической желтухой. // Автореф. дисс... канд. мед. наук. – М. – 1999. – 26с.
33. Лапкии К.В., Иванов В.А., Мальярчук В.И. и соавт. Роль ультразвуковой томографии в хирургии билиопанкреатодуоденального рака. //Актуальные проблемы организации и повышения качества ультразвуковой диагностики опухолей. – Москва. – 1990. – С.121-122.
34. Лапкии К.В., Пауткин Ю.Ф. Механическая желтуха. //Учебное пособие. – Москва: УДН. – 1990. – 108с.
35. Лапкии К.В., Базилевич Ф.В., Мальярчук В.И. и соавт. Наш опыт хирургического лечения рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. //Хирургия хронического панкреатита и опухолей поджелудочной железы. – Москва. – 1993. – С.52-53.
36. Луцевич Э.В., Мешков В.М. Малоинвазивные эндоскопические вмешательства у больных с холедохолитиазом. //Материалы симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – М. – 1998. – С.54-55.
37. Мартов Ю.Б., Галушков Г.М. Предоперационная подготовка больных с механической желтухой. //Новости хирургии. – 1997. – Том 7. – №4. – С.14-20.
38. Мартов Ю.Б., Галушков Г.М., Подольский С.Г. с соавт. Лечение больных злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны. //Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Том 3. – №3. – С.234.
39. Могучев В.М., Прикупец В.Л., Занозин Ю.Ф. Современные методы диагностики и лечения обтурационной желтухи и гнойного холангита. //Материалы Первого Московского международного конгресса хирургов. – Москва. – 1995. – С.307-308.
40. Могучев В.М., Прикупец В.Л., Плюсин Б.И. Выбор метода инструментальной декомпрессии желчных путей при механической желтухе. //Материалы третьей конференции хирургов-гепатологов «Новые технологии в хирургической гепатологии». – Санкт-Петербург. – 1995. – С.255-256.
41. Могучев В.М., Прикупец В.Л., Плюсин Б.И. Диагностика и лечение неопухолевой обтурационной желтухи. //Материалы Первого Московского международного конгресса хирургов. – Москва. – 1995. – С.257-258.
42. Нестеренко Ю.А., Приказчиков А.В. Современные тенденции хирургического лечения больных раком поджелудочной железы. //Анналы хирургической гепатологии. – 1999. – Т. 4. – №4. – С.13-22.
43. Охотников О.И., Мясников А.Д., Иванов А.В. Транспариетальная лучевая диагностика при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой. //Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Том 3. – №3. – С.91-92.
44. Перминова Г.И., Соколов А.А., Киингсеп Н.А., Рыжкова Л.В., Кашек А. Сложные случаи интерпретации рентгенологических данных в диагностике причин механической желтухи. // Материалы 4-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М. – 2000. – С.227-229.
45. Ревякин В.И., Василенко И.В., Гращенко С.А. Методы повышения эффективности эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии при механической желтухе. //Хирургия. – 1996. – №3. – С.59-63.
46. Ревякин В.И., Климов П.В. Осложнения и летальность после ЭПСТ. Опыт 1300 операций. //Материалы симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – М. – 1998. – С.67-68.

47. Рябцев В.Г., Соломка Я.А. Принципы комплексного лечения больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой. // *Материалы I Московского международного конгресса хирургов.* – Москва. – 1995. – С.383-384.
48. Савельев В.С., Фидимонов М.И., Балалькин А.С. Эндоскопические методы исследования в диагностике поражений внепеченочных желчных протоков при калькулезном холецистите. // *Проблемы хирургии желчных путей.* – Москва. – 1982. – С.168-169.
49. Савельев В.Н., Воздвиженский М.О., Киркиж В.С. и соавт. Опыт лечения опухолевых заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны. // *Вопросы онкологии.* – 1999. – №3. – С.34-38.
50. Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Белоусов А.Н. и соавт. Комплексное лечение больных с механической желтухой. // *Тезисы докладов Межрегиональной конференции хирургов «Механическая желтуха».* – Москва. – 1993. – С.67-68.
51. Субботин В. М., Бусырѐв Ю. Б. Комплексная предоперационная подготовка больных механической желтухой. // *Вопросы клинической медицины.* – Пермь. – 1995. – С.44-50.
52. Сухарев В.Ф., Ульянов Ю.Н., Бруек А.М. Роль эндоскопических методов в лечении желчекаменной болезни, осложненной механической желтухой. // *Материалы I Московского международного конгресса хирургов.* – Москва. – 1995. – С.338-340.
53. Тарасенко В.С., Кубышкин В.А. и соавт. Хирургическое лечение деструктивного панкреатита. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 1999. – №4. – С. 280.
54. Татаршков М.Х.-Б. Хирургическое лечение больных с рубцовой стриктурой желчных протоков. // *Клиническая хирургия.* – 1995. – №5. – С.36-37.
55. Ташкинов Н.В. Эндоскопические вмешательства на терминальном отделе холедоха. // *Хирургия.* – 1991. – № 11. – С.29-32.
56. Хазанов А.И. Функциональная диагностика болезней печени. – Москва. – 1988. – С.
57. Ходаков В.В., Желнина Т.Н., Казакова С.С. Радикальные операции у больных с механической желтухой онкологического генеза. // *Материалы I Московского международного конгресса хирургов.* – Москва. – 1995. – С.267-269.
58. Цицанли К.Н., Крендль А.П. и соавт. Тактика хирургического лечения больных острым холециститом, сочетающимся с поражением желчных протоков. // *Хирургия.* – 1990. – №10. – С.12-17.
59. Чикин А. Н., Кремер С. В., Бабаев А.А. и соавт. Варианты декомпрессии билиарной системы при механической желтухе в предоперационном периоде. // *Вестник Ивановской медицинской академии.* – 1997. – Том 2. – №4. – С.94-97.
60. Шальков Ю.Л., Мансуру С., Двойное дренирование желчных протоков в хирургии опухолевых желтух. // *Материалы III конгресса ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова.* – Харьков. – 2000. – С.45-47.
61. Шаповальянц С.Г., Бурова В.А., Лебедева Н.Ф. Некоторые аспекты дифференциальной диагностики хронического панкреатита и рака поджелудочной железы. // *Материалы международной конференции «Новые технологии в диагностике и хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны».* – Москва. – РУДН. – 1995. – С.33-34.
62. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко Г.В. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 1997. – Т. 2. – С.117-122.
63. Шкроб О.С., Дадвани С.А., Кузин Н.М. и соавт. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи. // *Хирургия.* – 1998. – №9. – С.31-36.
64. Щербюк А.Н., Иванов П.А., Макаров А.Г., Румянцев А.Ю. Динамический контроль за состоянием больных с механической желтухой с помощью количественного определения степени тяжести на персональных компьютерах. // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* – 2001. – №7. – С. 46-48.
65. Элмуратов К.С. Комплексные методы детоксикации в сочетании с хирургическими методами лечения механической желтухи неопухолевого генеза. // *Автор. дис. канд. мед. наук.* – Самарканд. – 1990. – 20с.
66. Andrade M.A., De Araujo I.D. Postoperative acute kidney failure: comparative study in abdominal surgery. // *Rev. Paul. Med.* – 1991. – Vol.109. – №3. – P.97-101.
67. Capizzi P.J., Rosen C.B., Nagomey D.M. Intermittent jaundice by tumor emboli from intrahepatic cholangiocarcinoma. // *Gastroenterology.* – 1992. – №103. – P.1669-1673.
68. Chan C., Herrera M.F., De la Garza L., Quintanilla Martinez L., Vargas Vorackova F., Richaud Patin Y., Llorente L., Uscanga L., Robles Diaz G., Leon E., Campuzano M.: Clinical behavior and prognostic factors of periampullary adenocarcinoma. // *Annals-of-Surgery.* – 1995. – 222/5. – P.632-637.
69. Green J., Better O.S. Systemic hypotention and renal failure in obstructive jaundice – mechanistic and therapeutic aspects. // *J. Amer. Soc. Nephrol.* – 1995. – Vol.5. – №11. – P.1853-1871.
70. Hu J., Pi Z., Yu My et al. Obstructive jaundice caused by hepatocellular carcinoma. // *Amer. J. Surg.* – 1999. – Vol. 65. – №5. – P.406-410.
71. Khan M.A., Khan A.A. et. al. Comparison of ultrasonography and cholangiography (ERCP/PTC) in the differential diagnosis of obstructive jaundice. // *JPMA. Jour. Pak. Med. Assoc.* – 1996. – Sept. – 46(9). – P.188-190.
72. Kullman E., Borck K. // *Gastrointest. Endoscopy.* – 1992. – №38. – P.444 - 449.
73. Lazzara S., Pergolizzi F.P., Melita G. et al. Alpha-glucosidase and alanine-amino-peptidase in the early diagnosis of renal failure in obstructive jaundice. // *Chir. Ital.* – 1997. – Vol.49. – №5. – P.51-52.

74. Mairiang P., Bhudhisawasdi V., Borirakchanyavat V. et al. Acute renal failure in obstructive jaundice in cholangiocarcinoma //Arch. Intern. Med. – 1990. – Vol.150. – №11. – P.2357-2360.
75. Pain J.A., Cahill C.J., Gilbert J.M. et al. Prevention of postoperative renal dysfunction in patients with obstructive jaundice: a multicentre study of bile salts and lactulose. //Br. J. Surg. – 1991. – Vol.78. – №4. – P.467-469.
76. Parks R.W., Rowlands B.J., Diamond T. Renal function in jaundice patients: a prospective analysis. //Int. J. Clin. Pract. – 1998. – Vol.52. – №7. – P.461-466.
77. Pasanen P.A., Pikkarainen P., Alhava E. et al. The value of clinical assessment in the diagnosis of icterus and cholestasis. //Ital. J. Gastroenterol. – 1992. – Vol.24. – P.313.
78. Penkov N., Viichki I., Iarumov N. et al. The treatment of acute cholecistitis complicated by mechanical jaundice. //Khirurgija. – 1994. – Vol.47. – №6. – P.17-21.
79. Rossi L.R., Traverso W., Pimentel F. Malignant obstructive jaundice: evaluation and management. //Surg. Clin. North Am. – 2002. – Vol.76. – P.63.
80. Shmizu S., Tada M., Kawai K. //Endoscopy. – 1994. – № 26. – P.88-92.
81. Short T., Thomas E. //Am. J. Gastroenterol. – 1992. – № 87. – P.682-684.
82. Targarona E.M., Pera M., Martinez et al. Laparoscopic treatment of pancreatic disorders: diagnosis and staging, palliation of cancer and treatment of pancreatic pseudocysts. //Int-Sur. – 1996. – Jan-Mar. – 81(1). – P.1-5.
83. Tham T.C., Collins J.S., Watson R.G. et al. Diagnosis of common bile duct stones by intravenous cholangiography: prediction by ultrasound and liver function tests compared with endoscopic retrograde cholangiography. //Gastrointest-Endosc. – 1996. – Aug. – 44(2). P.158-163.
84. Wanebo H.J., Vezeridis M.P. Pancreatic carcinoma in perspective: a continuing challenge. //Cancer. – 1996. – Vol.78. – №3. – P.580-591.
85. Warsaw A.L., Feniandez-Dell Castillo C. Pancreatic carcinoma. //New Eng. J. Med. – 1992. – P.326-365.
86. Yassa N.A., Yang J., Stein S. et al. Gray-scale and color flow sonography of pancreatic ductal adenocarcinoma. //Jour. of Clin. Ultrasound. – 1997. – Nov-Dec. – 25(9). – P.473-480.

УДК 616 + 57]: 547.221

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРФТОРОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

П.М. Храмцов, Л.А. Магидов

МЛПУ «Клиническая больница №1» г. Смоленск

Первые попытки изучения значения перфторорганических соединений (ПФОС) в биологической науке были предприняты L. Clark, F. Gollan, в середине 60-х годов. На изолированных органах животных была показана способность перфторбутилтетрагидрофурана (FX-80) к оксигенированию и перфузии тканей [28]. В дальнейшем Geyer R.P. и соавт. (1968) удалось произвести полную замену крови крыс эмульсией перфтортрибутиламина (ПФТБА) с использованием сополимера полиоксиэтилена и полиоксипропилена (плюроник F-68) в качестве эмульгатора [29]. Уже в 1979 г. был произведён первый коммерческий плазмозаменитель с газотранспортной функцией «Fluosol-DA» (фирма «Green Cross Corporation»), который стал применяться в клиниках Японии и США. Число больных, для лечения которых применялся этот препарат, к концу 1983 г. превысило 500 человек [23, 24].

Основателем отечественной школы фторорганической химии является академик И.Л. Кнунянц. Изучение же свойств ПФОС на биологических моделях и применение в клинике связано с именем выдающегося учёного профессора Феликса Фёдоровича Белоярцева, который в 1975 г. впервые в нашей стране в институте сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева осуществил работы по длительной внелёгочной оксигенации с использованием фторуглеродных оксигенаторов, а также по замене газовой среды в лёгких на жидкий перфторуглерод («жидкостное дыхание») [3, 7]. В 1979 г. в Институте биофизики АН СССР под руководством профессора Ф.Ф. Белоярцева были проведены первые в стране эксперименты по перфузии сердца и почек ПФОС [11]. В 1982 году в этом же институте был создан плазмозаменитель с газотранспортной функцией - перфторан (ПФ), состоящий из смеси перфторметициклогексилпиперидина и перфтодекалина, эмульгированный проксанолом-268.

После проведения ряда экспериментальных опытов было получено разрешение (МЗ СССР, 1984) на проведение испытаний перфторана в клинических условиях. Однако, несмотря на подтверждение эффективности ПФ при лечении 234 пациентов, дальнейшие клинические испытания перфторана с 1985 г. были запрещены. В этом же году трагически скончался профессор Ф.Ф. Белоярцев, после чего работа в этом направлении была приостановлена. Только через 7 лет соответствующие исследования были возобновлены (1992), а в 1996 году фармкомитетом МЗ СССР перфторан был разрешён к промышленному выпуску и клиническому применению. Премия с символическим названием - "Признание" присуждена Ф.Ф. Белоярцеву посмертно.

В настоящее время в США проходят клинические испытания многочисленные препараты на основе ПФОС («Oxygent», «LiquiVenb», «Thegox», «Oxyfluor»). Препарат «Oxygent» проходит заключительную фазу клинических исследований и в Европе. В клиниках Китая широко используется препарат «Emulsion II».

Воздействие ПФОС на организм обусловлено их физико-химическими свойствами. Так, средний диаметр частиц эмульсионных препаратов на основе ПФОС достигает 0,1 мкм, что на порядок меньше размера эритроцитов (5,5-9,5 мкм), лейкоцитов (10-20 мкм) и тромбоцитов (2,5-3 мкм). Проведённые исследования [17] показали, что при внутривенном введении 10% эмульсии ПФОС в дозах 5-10 мг/кг число частиц в 1 мм³ крови достигает (2,5-1,2)·10¹⁰. В результате достигается увеличение содержания частиц в 1 мм³ на 3-6 порядков выше числа эритроцитов (5·10⁶), лейкоцитов (9·10³) и тромбоцитов (3·10³). Таким образом, движение клеток крови в сосудистом русле происходит в окружении множества мелких частиц ПФОС.

Клиническая ценность ПФОС связана с их способностью растворять большие объёмы газов и благоприятным воздействием на функцию эритроцитов. Соответствующие исследования свидетельствуют об увеличении скоростей оксигенации и деоксигенации эритроцитов при их циркуляции в присутствии частиц ПФОС [17]. Таким образом, эмульсии ПФОС при совместной циркуляции с эритроцитами увеличивают резервные возможности газотранспортной функции крови, способствуют увеличению скорости доставки O₂ от эритроцитов к тканям и утилизации CO₂ [10]. ПФОС способны адсорбировать свободные радикалы, что приводит к значительному замедлению процессов перекисного окисления липидов на мембранах эритроцитов [22].

При возмещении кровопотери ПФОС обладают реологически активным действием и способностью быстро и эффективно восстанавливать микрогемореологию. Это было доказано в опытах на собаках (Гусенова Ф.М. и соавт., 1986). Авторы анализируемого исследования отмечают снижение величины деформированности эритроцитов через 2 часа после замещения кровопотери и восстановление её к первым суткам до исходного уровня. Непосредственно связанный с вязкостью крови предел текучести, отражающий то минимальное напряжение сдвига, при котором кровь начинает движение, снижался в 5 раз в среднем в первое время после введения препарата и восстанавливался к 3 суткам.

В организме частицы ПФОС захватываются клетками системы мононуклеарных фагоцитов (СМФ). При этом реакция СМФ имеет фазный характер (угнетение - активация - возвращение к норме) и зависит от дозы и состава вводимой эмульсии [8, 20]. Малые же дозы эмульсий ПФОС (<1 мг/кг) стимулируют без фазы угнетения функцию нечётных макрофагов [8]. Есть предположение (Кузнецова И.Н., 2001), что общее стимулирующее действие малых доз эмульсий ПФОС на иммунитет связано с реакцией макрофагов в виде выделения особых веществ, направленных на переваривание и удаление чужеродных агентов. Такая реакция расценивается как защитно-приспособительная и направлена на сохранение целостности макрофагов. По мнению И.Н. Кузнецовой (2001), «снижение дозы эмульсии позволяет избежать фазы «перенапряжения» защитно-приспособительных механизмов в ответ на пребывание химически инертных частиц ПФОС, и макрофаги остаются в том

активированном состоянии, когда происходит усиление секреции иммунорегуляторных веществ (цитокинов), которые регулируют размножение клеток-предшественников костного мозга. Поскольку частицы ПФОС не обладают свойствами антигена, стимуляция иммунной системы организма происходит за счет стимуляции гемопоэза - усиления пролиферации и дифференцировки стволовых и коммитированных клеток-предшественников различных ростков кроветворения». В пользу данного предположения свидетельствует стимулирующее влияние эмульсий ПФОС (установленное в агаровой культуре) на пролиферативную активность грануломоноцитарных клеток-предшественников костного мозга у гематологических больных нелейкозной природы, причём стимуляция отсутствовала или была слабо выражена при исходно угнетённом состоянии кроветворения [2].

Наиболее обширный клинический опыт применения ПФ получен при его применении в случаях массивной кровопотери. Так Н.Л. Крылов, В.В. Мороз, Ф.Ф. Белоярцев к 1985 году применили перфузию ПФ у 234 раненых и больных в возрасте от 19 до 87 лет с дефицитом ОЦК; у 69 из них кровопотеря превышала более 40%. В процессе лечения больных первые 400-600 мл ПФ вводились внутривенно струйно. Затем ПФ (450 мл) сочетали с инфузией плазмы или протеина (200 мл). Суммарный объём ПФ составлял от 1350 до 3600 мл. В дальнейшем Н.Л. Крылов, В.В. Мороз (1994) применили ПФ еще у 149 больных и раненых с острой гиповолемией - кровопотеря больше 40% во всех случаях. Струйное введение ПФ в объёме от 400 до 3600 мл на фоне ингаляции кислорода, по данным авторов, «обеспечивало подъём артериального давления, ликвидацию спазма периферических сосудов, потепление кожных покровов, уменьшение гипоксемии и метаболического ацидоза, восстановление диуреза при уровне гемоглобина у больных от 35 до 75 г/л». Приведённые исследователи считают, что по силе противошокового действия ПФ превосходит все традиционные кровезаменители.

По данным В. И. Хрупкина и соавт. (1997) ПФ в дозе от 5-18 мг/кг до 24 мг/кг можно с успехом применять при сочетанной боевой травме в виде четырёхкратного дробного внутривенного введения с 3 - дневным интервалом.

В литературе приводятся данные применения ПФ при тяжёлых травмах груди, свидетельствующие о способности этого препарата улучшать газообмен в условиях кислородного дефицита (Мороз В. В. и соавт., 1999). Приведённые авторы через 6 часов после введения ПФ 27 пострадавшим в дозе 5-6 мг/кг отмечали выраженный клинический эффект в виде достоверного увеличения индекса потребления кислорода и коэффициента его экстракции наряду с уменьшением степени внутрилёгочного шунтирования, а также снижение вязкости крови и увеличение её кислородной ёмкости.

С успехом применяли ПФ в лечении гастродуоденальных кровотечений М.Д. Ханевич и соавт. (1995), Е.А. Селиванов и соавт. (1997).

Одной из важных областей использования перфторуглеродных эмульсий явилась кардиология и в особенности - кардиохирургия, поскольку при работе на «сухом» сердце особенно важно обеспечить миокард кислородом в течение длительного периода. Эту задачу не могли выполнить существующие кардиоплегические растворы, не обладающие газотранспортной функцией. Более того, у больных с исходными нарушениями сократимости миокарда и при поражениях клапанов сердца при использовании традиционных кардиоплегических растворов в послеоперационном периоде часто развивалась острая сердечная недостаточность и другие осложнения.

При использовании оксигенаторов пузырькового типа эритроциты и тромбоциты подвергались травматизации. Также далёкими от совершенства оказались оксигенаторы мембранного типа, в которых жидкая и газовая среды разделены полупроницаемой мембраной, что, с одной стороны, обеспечивало сохранность клеток крови, в то же время, диффузионная способность мембраны таких оксигенаторов постепенно снижалась с накоплением агрегатов форменных

элементов на твёрдой поверхности мембран, что могло стать причиной развития эмболий мелких кровеносных сосудов.

В результате длительного поиска новых методов защиты миокарда от ишемически-реперфузионных осложнений удалось создать кардиоплегические растворы на основе ПФОС и оксигенаторы на жидких перфторуглеродных мембранах [4, 5]. Принципиальным отличием нового поколения оксигенаторов является то, что в них в качестве мембраны, разделяющей газообразную среду и кровь, применяются ПФОС. При этом все модификации данного устройства обеспечивают прохождение пузырьков кислорода, покрытых перфторуглеродной плёнкой, через слой крови. Такая конструкция практически полностью исключает повреждение клеток крови в процессе 24- часового искусственного кровообращения [4, 5].

Представляют большой интерес результаты исследований, полученные в клинике сердечно-сосудистой хирургии им. П.А. Куприянова, по апробации устройства для гемопротекции во время искусственного кровообращения на основе ПФОС (перфтордекалина) как в стендовых условиях с донорской кровью ($n=12$), так и в опытах на животных ($n=6$) [22]. В результате было показано, что инкубация крови во фтордекалиновой среде приводит к выраженному повышению устойчивости эритроцитов к воздействию кислорода. Также авторами анализируемой работы отмечено повышение кислотной резистентности эритроцитов, уменьшение гемолиза (на 26,8%), улучшение реологических показателей крови с увеличением индекса деформированности эритроцитов и снижением коэффициента вязкости.

Н.Б. Крюченко и соавт. (1996) изучали возможность проведения экстракорпорального кровообращения (ЭКК) без донорской крови с использованием ПФ как основного компонента перфузата у 60 детей, оперированных по поводу врождённых пороков сердца (ВПС) в условиях гипотермии и кардиopleгии. Авторы сообщают, что в процессе операций необходимость остановки миокарда возникла в 15 случаях, длительность ЭКК составила $102,63 \pm 40,97$ мин, время пережатия аорты - $46,51 \pm 28,33$ мин. и остановки кровотока - $32,35 \pm 21,32$ мин. Анализ показателей газового состава крови, доставки и потребления кислорода тканями дал основание авторам исследования продемонстрировать преимущества применения перфторана в качестве основного компонента перфузионной среды при коррекции сложных ВПС.

Существующие способы реализации бесперфузионной гипотермической защиты (БГЗ) при операциях на открытом сердце позволяют достичь безопасной остановки кровообращения при умеренной и углубленной гипотермии на протяжении 25-70 минут. Несмотря на наличие положительных качеств метода (отсутствие механических воздействий, неизбежных при обеспечении кардиореспираторной функции и осложнений, связанных с сохранением газообмена через лёгкие, ауторегуляции кровообращения в пред- и постокклюзионном периоде, возможность применения в экстремальных условиях), при БГЗ существует проблема несоответствия площади теплообмена кровотоку, что усложняет регуляцию процесса и не позволяет обеспечить оптимальный уровень теплообмена между организмом и внешней средой. Также малоэффективны попытки осуществить БГЗ через малый круг кровообращения путем ИВЛ охлаждённым воздухом либо гелий-кислородной смесью. Препятствием в достижении оптимальных показателей является низкая теплоёмкость теплоносителя.

Анализ конструктивных возможностей имеющихся методов БГЗ привёл к пониманию, что повысить эффективность БГЗ можно при значительном усовершенствовании качества теплоносителя. Свойства ПФОС позволяют предположить, что более эффективный теплообмен может быть достигнут при введении этого препарата в легкие в охлаждённом или согретом состоянии.

Предположение о возможности применения ПФОС в качестве дыхательной среды было подтверждено в ходе многих исследований [6, 7, 18, 27]. L.L. Corinne и соавт. (1996) провели

частичную жидкостную вентиляцию лёгких с использованием ПФОС у 10 недоношенных детей с тяжёлым респираторным дистресс-синдромом, у которых традиционная сурфактантная терапия была не эффективна. На протяжении 24-76- часовой вентиляции авторы отмечают значительное увеличение показателей напряжения кислорода в артериальной крови. Перевод пациентов с жидкостной вентиляции на газовую прошёл без осложнений.

А.М. Караськов и соавт. (2001) в эксперименте разработали бесперфузионный способ охлаждения и согревания организма в ходе ЖВЛ перфторорганическими соединениями. Опыты проводились на беспородных собаках обоего пола массой 8-12 кг с применением для искусственной лёгочной гипотермии аппарата собственной конструкции. В качестве дыхательной среды использовали перфтордекалин, охлаждённый до $5,8 \pm 0,5^\circ\text{C}$. Длительность охлаждения животных (до 28-30 гр.) составила $19,2 \pm 1,7$ мин. В дальнейшем животных согревали до 35°C за $39,4 \pm 2,34$ мин. Осуществив реализацию БГЗ путём ЖВЛ перфторорганическим соединением, авторы отметили следующие преимущества данного метода:

1. Период охлаждения и согревания короче, чем при любом другом бесперфузионном способе.
2. Сокращается длительность операции за счёт периода вскрытия и наложения швов, которые проводятся одновременно с охлаждением и согреванием.
3. Способ позволяет, прежде всего, снизить либо повысить температуру органов «ядра» с параллельным изменением температуры оболочки, что значительно увеличивает эффективность.
4. Предложенный способ согревания может найти применение для реализации искусственной гипертермии.

Этими же исследователями перфторан был использован в целях защиты миокарда при операции на «открытом» сердце у двух больных. Охлаждённый и оксигенированный перфторан под давлением 60-70 мм рт. ст. вводился в корень аорты после её пережатия. Введение препарата прекращалось после снижения температура миокарда до 17°C и остановки сердечной деятельности. Введённую эмульсию удаляли через правое предсердие. Авторы указывают на удовлетворительное восстановление сердечной деятельности после 20-30 минутной сто остановки и отсутствие осложнений, связанных с применением препарата.

Применение перфторана у двух больных с ишемической болезнью сердца (Караськова А.М. и соавт., 2001) проведено после десенсибилизации больного и выполнения биологической пробы на совместимость. Внутривенная разовая инфузия перфторана осуществлялась из расчета 3-4 $\text{мл}/\text{кг}$. После 6 инфузий перфторана с интервалом в три суток у больных реже возникали болевые ощущения в области сердца с уменьшением их интенсивности, что позволило снизить дозу приёма антиангинальных препаратов.

Приведённые данные литературы по применению гемопротекторов с газотранспортной функцией на основе ПФОС, а также способность ПФ к эффективной защите миокарда при операциях на открытом сердце подтверждают его эффективность в профилактике и лечении циркуляторной и тканевой гипоксии.

С.Ф. Багненко и соавт. (2001) применяли ПФ в процессе лечения окклюзирующих заболеваний артерий нижних конечностей в стадии критической ишемии у 10 больных после поясничной ганглиозектомии. Перфторан вводился 1-2 раза внутривенно в дозе 100-300 мл. У всех 10 больных удалось избежать ампутации конечностей. Только 4 пациентам с 4-й стадией ишемии пришлось произвести красную некрэктомию на уровне ногтевых фаланг пальцев стопы. Все больные отмечали исчезновение болей в покое, а также увеличение длительности ходьбы без болевых ощущений. Эффективность применения перфторана также была подтверждена улучшением показателей проведённой доплерографии, лодыжечно-плечевого индекса, пульсоксиметрии.

Влияние ПФ на периферическое кровообращение, микроциркуляцию и динамику репаративных процессов изучалось при регионарном введении препарата больным с диабетической стопой (Исмаилов С.А. и соавт., 2001). Авторами наблюдалось 135 больных с диабетической стопой в возрасте от 45 до 67 лет и продолжительностью заболевания от 3 до 27 лет при показателях сахара крови от 7,0 до 11,6 ммоль/л. Больные были разделены на две равноценные группы, одна из которых (контрольная) получала традиционное лечение. Больным из опытной группы, кроме традиционного лечения, в бедренную артерию поражённой нижней конечности проводилось 12-15 сеансов введения перфторана (по 25-30 мл).

Проведя комплексное обследование больных (определение газового состава крови, гистологическое исследование кожи и мышц поражённой стопы, радиометрическое исследование периферического кровотока) до и после лечения, в опытной группе по сравнению с контрольной было отмечено более значительное уменьшение фибриногена, протромбинового индекса, содержания углекислого газа и увеличение напряжения кислорода в тканях. Также в опытной группе наблюдалось сравнительно более заметное улучшение мышечного кровотока.

Признаки восстановления кровоснабжения тканей после лечения с использованием ПФ подтверждали данные гистологического и гистохимического исследования, свидетельствующие об отсутствии дилатации артерий и вен при увеличении числа функционирующих капилляров и резком снижении гликогена в мышечной ткани. Несмотря на сохранение исходных признаков ангиопатии, применение в комплексе лечения диабетической стопы внутриартериальных вливаний перфторана по описанной выше схеме, по мнению авторов исследования, значительно улучшает результаты лечения, что позволяет снизить уровень ампутации [12].

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о перспективности использования ПФОС при гипоксических состояниях различного генеза.

Литература

1. С.Ф. Багненко, Ю.М. Стойко, С.П. Нохрин. Опыт применения перфторана при лечении окклюзирующих заболеваний артерий нижних конечностей в стадии критической ишемии // Перфторорганические соединения в биологии и медицине. Сборник научных трудов. Пущино. 2001 г.
2. В.А. Балашова, Л.А. Седова, И.Н. Кузнецова. Эмульсия перфторуглеродов как стимулятор клоногенных свойств клеток-предшественников грануломоноцитопоза // Лаб. дело. 1988. № 2. С. 24-27.
3. Ф.Ф. Белоярцев. Перфторированные углеводы в биологии и медицине // Перфторированные углеводы в биологии и медицине: Сб. науч. тр. / Под ред. проф. Ф.Ф. Белоярцева. -Пущино: ОНТИ НЦБИ АН СССР, 1980. - С.5-20.
4. Ф.Ф. Белоярцев, А.Н. Кайдаш, Б.И. Исламов, и др. Кардиоплегия эмульсией фторуглеродов как метод защиты миокарда при операциях на сердце // Медико-биологические аспекты применения эмульсий перфторуглеродов: Сб. науч. тр. / Под ред. проф. Ф.Ф. Белоярцева. - Пущино: ОНТИ НЦБИ АН СССР, 1983. - С.116-127.
5. Ф.Ф. Белоярцев, А.Н. Кайдаш, Б.И. Исламов, и др. Оценка возможностей использования фторуглеродной кардиоплегии для противоишемической защиты миокарда // Вестн. АМН СССР - 1986. - №6. - С.37-43.
6. Ф.Ф. Белоярцев, Х.Х. Хатин, В.С. Черников. «Жидкостное дыхание» - новый подход к обеспечению газообмена в легких (экспериментальные исследования // Анестезиология и реаниматология. 1977, №5, С.93-94.
7. Ф.Ф. Белоярцев, Х.Х. Хатин, В.С. Черников и др. Оценка возможности и адекватности газообмена при вентиляции легких жидкими средами // Анестезиология и реаниматология. -1978. - №1. - С.49-52.
8. Ф.Е. Вишневецкий, А.М. Голубев, Ф.Ф. Белоярцев, и др. Состояние системы мононуклеарных фагоцитов при введении эмульсий перфторированных углеводных соединений // Бюл. эксперим. биологии и медицины - 1987. - Т.103, №2. - С.232-236.
9. Ф.М. Гусенова, У.У. Ахсянов, В.П. Матвиенко, Е.Н. Бирюкова. Реологические свойства крови и состояние микроциркуляции при экспериментальном введении эмульсии перфторорганических соединений в качестве кровезаменителя // Гематология и трансфузиология. - 1986. - №12. - С.29-32.
10. А.Р. Зарицкий, И.Н. Кузнецова, Е.В. Переведенцева, М.В. Фок. Влияние эмульсий перфторуглеродов на скорость оксигенации и деоксигенации крови // Журн. физ. химия. - 1993. - Т.67, №3. - С.591-594.
11. Г.Р. Иваницкий, Ф.Ф. Белоярцев. О развитии фундаментальных и прикладных исследований по проблеме "Перфторуглероды в биологии и медицине в СССР" // Медико-биологические аспекты применения эмульсий

- перфторуглеродов: Сб. науч. тр. / Под ред. проф. Ф.Ф. Белоярцева - Пушкино: ОНТИ НЦБИ АН СССР, 1983. - С.9-38.
12. С.А. Исмаилов, Г.Р. Аскерханов, С.А. Абусуев, С.Г. Адильханов. Внутриаеринальные перфузии перфторана в комплексном лечении диабетической стопы // Перфторорганические соединения в биологии и медицине. Сборник научных трудов. Пушкино. 2001 г.
 13. А.М. Караськов, В.Е. Литгасова, Т.И. Нароушвили. Перфторорганические соединения в клинической и экспериментальной кардиохирургии и кардиологии // Перфторорганические соединения в биологии и медицине. Сборник научных трудов. Пушкино. 2001 г.
 14. Н.Л. Крылов, В.В. Мороз. Опыт клинического применения перфторана - кровезаменителя на основе перфторуглеродов // Физико-химические и клинические исследования перфторорганических соединений: Сб. науч. тр. // Под ред. Г.Р. Ивалицкого, С.И. Воробьева. - Пушкино: ОНТИ ИИЦ РАН, 1994. - С.33-50.
 15. Н.Л. Крылов, В.В. Мороз, Ф.Ф. Белоярцев. Применение фторуглеродного кровезаменителя - перфторана в клинике // Воен.-мед. журн. - 1985. - №8. - С.36-40.
 16. Н.Б. Крюченков и соавт. Первый клинический опыт использования перфторуглеродной эмульсии в практике экстракорпорального кровообращения. // Грудная и сердечно - сосудистая хирургия под ред. В.С. Савельева, Л.А. Бокерия. 1996 г. №6, стр. 200-201.
 17. И.Н. Кузнецова О воздействии эмульсии перфторуглеродов на организм // Перфторорганические соединения в биологии и медицине. Сборник научных трудов. Пушкино. 2001 г.
 18. Е.Н. Мешалкин, В.С. Сергиевский, Т.И. Нароушвили и др. Новая аппаратура и методика гипотермии в хирургии сердца // Патологические особенности холодовой защиты организма в кардиохирургии (сб. научн. тр.). Новосибирск, 1982, С - 93-96.
 19. В.В. Мороз, Д.А. Остапченко, Е.В. Шишкина. Применение перфторана у больных с тяжелой травмой груди // Физиологически активные вещества на основе перфторуглеродов в экспериментальной и клинической медицине: Тез. Всесарм. науч. конф. 23-24 сент. 1999 г. / Под общ. ред. акад. РАМН проф. Г.А. Софронова. - СПб.: ВМедА, 1999. - С.58-60.
 20. Н.Н. Пятковская, Л.А. Седова, И.А. Зарембо, Н.А. Лукина. Реактивность системы мононуклеарных фагоцитов в условиях применения эмульсий перфторорганических соединений // Перфторуглеродные активные среды для медицины и биологии. Пушкино 1993. С. 167-180.
 21. Е.А. Селиванов, М.Д. Ханевич, Г.А. Софронов и др. Влияние перфторана на системную гемодинамику и газотранспортную функцию крови у больных с желудочно-кишечными кровотечениями // Физиологически активные вещества на основе перфторуглеродов в военной медицине: Тез. Всесарм. науч. конф. 8-9 окт. 1997 г. / Под общ. ред. акад. РАМН проф. Г.А. Софронова. - СПб.: ВМедА, 1997. - С.96-98.
 22. А.В. Судус. Перфтордекалиновая гемопротекция при искусственном кровообращении // Грудная и сердечно - сосудистая хирургия под ред. В.С. Савельева, Л.А. Бокерия. 1997 г. №2, стр. 237 - 238.
 23. Ю.Н. Токарев, Н.И. Кочетыгов, В.А. Германов. Разработка современных проблем гематологии и трансфузиологии в США // Пробл. гематол. - 1981, № 11. — С. 56-60.
 24. Л.В. Усенко, Г.А. Шифрин. Интенсивная терапия при кровопотере (2-е изд.). Киев. Здоровье, 1995, 235 с.
 25. М.Д. Ханевич, А.Д. Тиканадзе, В.В. Шилов, В.Г. Вербицкий. Первый опыт применения инфузий перфторана при лечении гастродуоденальных кровотечений // Актуальные вопросы гематологии: Тез. Всесарм. науч. конф. - СПб.: ВМедА, 1995. - С.125-126.
 26. В.И. Хрупкин, В.В. Мороз, А.Ю. Филиппов, А.И. Хоменчук. Клиническое применение перфторана при сочетанной боевой травме // Вестник хирургии 1997. - С.119-119.
 27. В.С. Черников. Возможности поддержания газообмена в легких с помощью жидких переносчиков кислорода и углекислоты. Автореф. дис. канд. мед. наук. 1980, 18с.
 28. Clark L.C., Gollan F. (1966) Survival of mammals breathing organic liquids equilibrated. // Science - V. 152, 3720 - 1755-1759.
 29. Geyer R.P., Monroe R.G., Tajlor K. (1968) Survival of rats having red cells totally replaced with emulsified fluorocarbons. Federation proceedings, 28: 384-385.
 30. Corinne L.L., and co-author. Partial liquid ventilation with perflubron in premature infants with severe respiratory distress syndrome // The new England journal of medicine. vol. 335, № 11.

УДК 616.33 – 002.44

ГИГАНТСКИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

А.Д. Шатохина, Д.В. Нарезкин.

Смоленская государственная медицинская академия

К гигантским гастродуоденальным язвам принято относить язвенные поражения, размер которых превышает 3 см при локализации в желудке и 2 см – в двенадцатиперстной кишке.

В настоящее время данной патологии уделяется большое внимание, что связано с особенностями клиники, диагностики и лечебной тактики при гигантских гастродуоденальных язвах.

В литературе можно встретить описание так называемых «трудных», «неудалимых» язв желудка и двенадцатиперстной кишки, под которыми также подразумеваются язвы гигантских размеров [2, 7, 28, 43].

Частота встречаемости подобных язв, по данным различных авторов, составляет от 8,6 до 17,7%, причем в последние годы отмечается тенденция к их увеличению [10, 17, 19, 29, 30].

Среди всех больных с данной патологией преобладают лица среднего и пожилого возраста (до 76%), а также пациенты мужского пола (до 87,5%) [22, 27, 29, 30, 38, 39].

Гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки значительно чаще, чем поражения меньшего диаметра, сопровождаются развитием осложнений. Так, например, пенетрация в соседние органы наблюдается в 62,4-81,5% клинических наблюдений, кровотечение – в 20,2-39,8%, стеноз выходного отдела желудка – в 27,7% случаев. Гигантские язвы желудка в несколько раз чаще, чем язвы обычных размеров, подвергаются малигнизации (22,4%) [15, 17, 29, 30]. Некоторые исследователи считают, что выявление гигантских размеров язвы уже является осложненным течением язвенной болезни [29, 30].

Причины возникновения гигантских гастродуоденальных язв до конца не изучены. В основе их появления, как и язв меньшего диаметра, лежит нарушение равновесия между факторами защиты (слизисто-бикарбонатный буфер, адекватная ощелачивающая способность антрального отдела желудка) и факторами агрессии слизистой оболочки (кислотно-пептический фактор, нарушение микроциркуляции, иннервации, моторики стенки желудка и двенадцатиперстной кишки, инфицирование *Helicobacter pylori*). Причем кислотно-пептический фактор имеет наибольшее значение в возникновении язвенных поражений двенадцатиперстной кишки [5, 14, 18, 27, 29, 30, 44, 45].

Одним из факторов агрессии для слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки является микроорганизм *Helicobacter pylori*, который обнаруживается в 70-80% случаев язвы двенадцатиперстной кишки и 50-60% - язвы желудка [13, 41, 45]. Основными мишенями для *H.pylori* в слизистой оболочке желудка являются эпителиоциты, нейроэндокринные клетки, лейкоциты и лимфоциты. Взаимодействие с каждым видом клеток приводит к ряду последствий. Из них наиболее важные – качественные и количественные изменения, инфильтрация слизистой оболочки желудка клетками лимфоидного ряда, изменение желудочной секреции и нарушение клеточного цикла эпителиоцитов. Неизбежным результатом взаимодействия *H.pylori* с клетками эпителия является воспаление слизистой оболочки. *H.pylori* повышает частоту язвообразования либо в результате уменьшения действия факторов защиты, либо за счет увеличения влияния факторов агрессии в желудке.

При любом повреждении слизистой оболочки усиливается пролиферация эпителия, но он не полностью дифференцирован, вследствие чего становится легкоуязвимым для соляной кислоты и пепсина. Кроме того, в зоне изъязвления отмечается недостаточное кровоснабжение. В дне и краях хронических язв развивается рубцовая ткань, что также нарушает трофику тканей. *H.pylori* нарушает моторику желудка посредством изменения чувствительности рецепторов к холецистокинину, что приводит к гиперсекреции соляной кислоты и инфильтрации слизистой оболочки лимфоцитами. Все это обуславливает попадание кислого содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку, что в итоге приводит к кишечной метаплазии эпителия кишки. Это «подготавливает» почву для проникновения *H.pylori* в слизистую оболочку, способствует разрушению защитного слоя в слизистой желудка и

двенадцатиперстной кишки, нарушению процессов регенерации эпителия, а также увеличению размеров, более длительному заживлению и рецидивированию язвы [13, 45].

Немаловажным фактором в патогенезе образования гигантских гастродуоденальных язв является нарушение кровотока и иннервации слизистой оболочки, вследствие чего возникает застой в венозной системе органа с выхождением жидкой части крови в межклеточное пространство и декомпенсацией дренажной функции внутри- и внеорганных лимфатических сосудов и распространенными микролимфотромбозами. Это вызывает значительное нарушение слизисто-бикарбонатного барьера. Также существует теория возникновения гигантских гастродуоденальных язв вследствие нарушений трофики слизистой оболочки преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста на фоне общего атеросклероза, так называемых ишемических язв [5, 14, 23, 27].

Клинические проявления гигантских гастродуоденальных язв весьма variabelны. В одних случаях симптомы заболевания не отличаются от таковых при язвенных поражениях меньшего диаметра, в других – отмечается наличие длительного упорного болевого синдрома, появление признаков вовлечения в патологический процесс соседних органов, практически исчезает сезонность, периодичность в течение заболевания, утрачивается связь боли с приемом пищи, увеличивается риск развития осложнений, отмечается низкая эффективность консервативной терапии, склонность к длительному рубцеванию язв [5, 24, 25, 27, 29, 30, 38].

На современном этапе развития медицины диагностика гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки довольно проста. В большинстве случаев практически всем больным поставить правильный диагноз позволяет фиброгастродуоденоскопия. При этом можно установить наличие самого язвенного дефекта, его локализацию, размеры, глубину, характер краев, выраженность воспалительного вала вокруг язвы, выявить наличие и степень выраженности дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюкса, а также произвести полифокусную биопсию с последующим морфологическим исследованием.

При гистологическом исследовании биопсийного материала, взятого из дна гигантских язв (5-7 кусочков из язвы и окружающих тканей), обнаруживаются тканевая и клеточная дегенерация, пучки коллагеновых волокон с признаками мукоидного набухания и фибриноидного некроза, фрагментами грануляционной и фиброзной ткани. Отмечается образование рубцовой ткани в дне язвы на всю ее глубину, в краях, а также за ее пределами с резким утолщением и склерозом подслизистой основы, гипертрофией мышечной ткани. При обострении язвы определяется широкая зона фибриноидного некроза, значительная инфильтрация лейкоцитами. В зонах пенетрации выявляется еще большее разрастание рубцовой ткани, нередко значительный липоматоз. При прогрессировании хронической язвы с пенетрацией отмечается некроз в краях и дне язвы с разрушением нервных стволов и кровеносных сосудов [3, 16].

В слизистой оболочке околоязвенной области нередко выявляются очаговые кровонезлияния в собственную пластинку, различных размеров эрозии. В сохраненной слизистой оболочке наблюдается неравномерное чередование ворсинок и крипт, столбчатого эпителия с многочисленными бокаловидными клетками, часто с десквамацией. В собственной пластинке обнаруживаются склероз, лимфо- и плазмоцитарная инфильтрация, лимфоидные фолликулы. Также можно выявить инфицирование *H. pylori* при цитологическом исследовании с помощью стандартных тестов. Но, как правило, наличие атрофического гастрита, который в большинстве случаев является фоном для развития гигантских язв, не сопровождается высокой степенью хеликобактериоза [13, 43, 45].

Немаловажным методом, позволяющим обнаружить данную патологию, считается рентгенография, при которой основным рентгенологическим симптомом является язвенная ниша с воспалительным валом вокруг. Отличительными особенностями ниши считаются

неоднородность структуры язвенного кратера, дефекты заполнения и «язвы внутри язвы», что требует проведения дифференциальной диагностики с онкологическим процессом. Также следует отметить постоянство формы и размеров язвенной ниши, отсутствие в ней складок слизистой оболочки, замедление эвакуации контрастного вещества. Дополнительными признаками являются конвергенция складок, наличие слоистости слизистой, удлинение, асимметричное положение, сужение привратника [5, 29, 30, 38, 44, 50].

В литературе можно встретить описание двух типов гигантских язв. Язвы I типа представляют собой типичную язвенную нишу больших размеров, напоминающую дивертикул. Язвы II типа – «плоские», обширные, у них практически отсутствует задняя стенка; симптом ниши не выявляется. Заложить наличие такой язвы можно по отсутствию в ее зоне складок слизистой.

Одним из методов обследования больных с язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки является изучение секреции желудочного сока посредством внутрижелудочной pH-метрии. Секреторная активность желудка при гигантских язвах хотя и сопровождается выработкой большего количества желудочного сока, но значимого увеличения кислотопродукции и выработки пепсина при них не происходит. При дуоденальных язвах у большинства больных отмечается некоторое повышение продукции соляной кислоты при сохраненном объеме желудочной секреции [4, 5, 27, 29, 30, 35, 44].

Наличие большого по протяженности язвенного инфильтрата, частое развитие пенетрации в соседние анатомические структуры приводят к снижению моторики, сократительной функции желудка, возникновению дуоденогастрального или гастроэзофагеального рефлюкса, что можно установить с помощью рентгенологического, зондового методов, электрокинографии, а также компьютерной электрогастроэнтерографии [27, 29, 30, 38].

Наиболее часто гастродуоденальные язвы гигантских размеров осложняются кровотечением. Это объясняется наличием язвенного дефекта больших размеров, обширного воспалительного инфильтрата, развитием фиброзной ткани по краям язвы, что ведет к развитию аррозии сосуда в дне язвы и профузному кровотечению. Подобные кровотечения, как правило, сопровождаются выраженными нарушениями водно-электролитного и белкового обмена, тяжелым общим состоянием больных, плохо поддаются консервативным методам лечения и в большинстве случаев требуют экстренного оперативного вмешательства [2, 9, 11, 12, 16, 17, 19, 23, 42, 47, 48].

Из-за наличия обширного патологического процесса при гигантских гастродуоденальных язвах значительно чаще, чем при поражениях меньшего размера, отмечается развитие пилородуоденального стеноза. Данное осложнение также приводит к нарушению основных физиологических параметров организма в связи с затруднением эвакуации пищи из желудка и двенадцатиперстной кишки (водно-электролитному и белковому дисбалансу), снижению массы тела вплоть до кахексии, астении [2, 26, 29, 31, 46].

Особенностями пенетрирующих гигантских язв является наличие упорного болевого синдрома, не купирующегося в некоторых случаях даже наркотическими анальгетиками. Иррадиация болей определяется органом, в который пенетрирует язвенный процесс, но наиболее часто они носят опоясывающий характер, утрачивают связь с приемом пищи, цикличность в течении, длительно не рубцуются [2, 15, 20, 29, 30, 32, 35]. Обычно, при гигантских гастродуоденальных язвах имеется сочетание нескольких осложнений.

При отсутствии показаний к экстренному оперативному вмешательству всегда предпринимается попытка консервативной терапии язвенной болезни [5, 49].

Современные подходы к диагностике и лечению инфекции *H. pylori*, отвечающие требованиям доказательной медицины, отражены в итоговом документе конференции, которая проходила в г. Маастрихт 21–22 сентября 2000 г. Положения этого документа являются основным руководством по проблеме *H. pylori* в странах Европейского Союза [49]. Следует отметить, что эрадикационная терапия при язвенной болезни является необходимым лечебным мероприятием, и обоснованность ее использования при этом заболевании базируется на очевидных научных фактах.

Существует несколько схем антигеликобактерной терапии. Для тройной терапии предлагается две пары антибиотиков, для квадротерапии в качестве антибактериальных агентов предусмотрены тетрациклин и метронидазол. Терапия первой линии: ингибитор протонной помпы (или ранитидин, висмут цитрат) в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день. Тройная терапия назначается как минимум на 7 дней. Сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом, так как может способствовать достижению лучшего результата при назначении лечения второй линии – квадротерапии. В случае отсутствия успеха лечения, назначается терапия второй линии: ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день + висмута субсалицилат/субцитрат (Де-нол) 120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день. Квадротерапия назначается как минимум на 7 дней. Если препараты висмута не могут быть использованы, в качестве второго лечебного курса предлагаются тройные схемы лечения на основе ингибиторов протонной помпы. В случае отсутствия успеха второго курса лечения, дальнейшая тактика определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

Квадротерапия – это комбинация ингибитора протонной помпы и исторически первой тройной терапии – «классической» – препарата висмута (Де-нол), метронидазола и тетрациклина. Во время квадротерапии используются препараты, к которым не развивается резистентность ингибиторы протонной помпы, препараты висмута, тетрациклин. Метронидазол в соответствии с Маастрихтскими рекомендациями 2000 года назначается в высокой дозе – 1500 мг в сутки, что, с точки зрения некоторых авторов позволяет в такой комбинации преодолеть резистентность к нитроимидазолам. Предпочтительнее начинать лечение с тройной терапии без метронидазола – ингибитор протонной помпы в сочетании с амоксициллином и кларитромицином. Тогда наиболее выигрышная тактика лечения на сегодняшний день выглядит следующим образом: терапия первой линии – ингибитор протонной помпы в сочетании с амоксициллином и кларитромицином, терапия второй линии – ингибитор протонной помпы, препарат висмута, тетрациклин и метронидазол.

При показаниях также проводят коррекцию водно-солевого, витаминного, белкового обмена. Также в комплексную терапию входят антациды, гастропротекторы, прокинетики, физиолечение.

Консервативная терапия при гигантских гастродуоденальных язвах в большинстве случаев неэффективна и расценивается многими авторами как предоперационная подготовка. Современные взгляды на хирургическое лечение гигантских гастродуоденальных язв весьма неоднозначны.

Экстренное вмешательство выполняется при таких осложнениях, как перфорация, профузное кровотечение, даже при недиагностированной язве. В арсенале хирургов в основном имеются стандартные вмешательства – резекция желудка по обоим способам Бильрота, а также различные виды ваготомии в сочетании с локальными вмешательствами в области язвы. Большинство авторов придерживаются того мнения, что методом выбора при гигантских язвах как желудка, так и двенадцатиперстной кишки является резекция желудка. При желудочной

локализации язв объем резекции желудка зависит от локализации язвенного дефекта, его распространенности, характера и выраженности осложнений. При высоких язвах объем операции может составлять вплоть до гастрэктомии [1, 2, 4, 10, 15, 21, 27-30, 33, 34, 42-44].

Наилучшим при дуоденальной язве считают сочетание ваготомии с дренирующей желудок операцией. Но так как при гигантских язвах имеется большой дефект, инфильтрат, то заживление после подобных операций практически невозможно и довольно часто возникает рецидив кровотечения [1, 9]. Особенностью операций является сложность мобилизации двенадцатиперстной кишки и обработки ее культи, особенно при резекции желудка по Бильрот II, при котором невозможно надежно укрыть дуоденальную культю. Несостоятельность культи является наиболее грозным осложнением после подобных операций и достигает до 18,8%, приводит к летальным исходам в 50-80% случаев [1, 26, 35]. Поэтому ряд авторов методом выбора считают резекцию желудка по Бильрот I, которая позволяет избежать данного осложнения.

Предложено большое количество способов ушивания культи двенадцатиперстной кишки. Большинство из них (способ Ниссена, Русанова, «улитки» по Юдину) предусматривают использование стенок двенадцатиперстной кишки и капсулы поджелудочной железы [35, 37, 40]. Некоторые при угрозе несостоятельности дуоденальной культи применяют ее окутывание «муфтой» или «капюшоном» из большого сальника с подшиванием его к париетальной брюшине и наружным дренированием образовавшейся полости [7].

В.Н. Чернышев и соавт. считают наличие большой каллезной пенетрирующей язвы, декомпенсированного стеноза показаниями к резекции желудка [43].

В.А. Хараберюш, П.Г. Кондратенко при кровоточащей стенозирующей язве операцией выбора считают селективную проксимальную ваготомию в сочетании с иссечением язвы или ваготомию в сочетании с антрумэктомией, но при декомпенсированном стенозе выполняют тиличную резекцию желудка [42]. И.И. Митюк, А.И. Годлевский на 3, 5, 7-е сутки после операции выполняют клеевую герметизацию культи через наружный дренаж с помощью холедохоскопа [26].

При пенетрирующих гастродуоденальных язвах методом выбора считают резекцию желудка или селективную проксимальную ваготомию с антрумэктомией при высокой кислотопродукции (более 60 ммоль/час) [4, 35]. При большом инфильтрате в области пенетрации, особенно постбульбарной язве с высоким риском несостоятельности, используют ваготомию с наложением гастроэнтероанастомоза на короткой петле [35].

Н.И. Гутченко и соавт. при пенетрирующих гигантских язвах применяют сфинктеросохраняющие операции (иссечение язвы в сочетании с дуоденопластикой и селективной проксимальной ваготомией, СПВ с проксимальным перемещением привратника, пластика сфинктера привратника с использованием лоскута антрального отдела желудка в сочетании с ваготомией) [39]. В.И. Мамчиц пропагандирует индивидуальную тактику при стенозирующих язвах. При удовлетворительной моторно-эвакуаторной функции желудка выполняют СПВ с пилоропластикой по Фиинею, при субкомпенсированном – экономную резекцию желудка с ваготомией, при декомпенсированном – резекцию 2/3 желудка [24].

В.Н. Садукевич, Е.Ю. Волков при перфоративных язвах считают оправданным расширение показаний к резекции желудка в условиях серозного и серозно-фибринозного перитонита в реактивную фазу [6, 36].

Послеоперационная летальность, по данным литературы, составляет около 3% [29, 30, 39].

При изучении отдаленных результатов хирургического лечения хорошие и отличные результаты отмечаются примерно в 80% наблюдений, неудовлетворительные - в 2% случаев [17, 31, 34, 39].

Таким образом, в настоящее время нет единого подхода к хирургическому лечению гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Не до конца изученными остаются этиологические факторы и механизмы образования язв подобных размеров, не всегда возможна своевременная и правильная диагностика данной патологии. Отсутствие общепринятых методов хирургического лечения оправдывает попытки усовершенствования техники операций, особенно разработки достаточно простых и надежных способов укрытия дуоденальной культи и тампонады язвенного кратера.

Литература

1. Асадов С.А., Салехов Я.С., Алиев Э.Э. Формирование дуоденальной культи при резекции желудка по поводу «трудных» язв двенадцатиперстной кишки. // Хирургия // 2004. - №2. - С.78-81.
2. Асадов С.А. Хирургическое лечение «трудных» и осложненных гастродуоденальных язв. // Хирургия // 2002. - №11.
3. Аруни Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. - М.: Триана-Х, 1998.
4. Батвинков Н.И., Иоскевич Н.Н., Можейко М.А., Каширин Ю.А. Ваготомия в хирургии пилородуоденальных язв. // Хирургия // 1989. - №10, С. 19-23.
5. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. М., 1987. - 288 с.
6. Волков Е.Ю. Перфорация гигантской язвы двенадцатиперстной кишки. // Клиническая хирургия // № 8 -1992, с. 42-44.
7. Волобуев Н.Н. Обработка «трудной» культи двенадцатиперстной кишки. // Хирургия // № 9-1991, с. 140-143.
8. Годлевский А.И., Митюк И.И. Профилактика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка. // Вестник хирургии // №9, т.143, 1989, с.34-37.
9. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Рецидив острых гастродуоденальных кровотечений. // Хирургия // №7-2003, с.43-49.
10. Гоер Я.В., Тутченко Н.И., Соломко А.В. // Лечение осложненных гигантских язв двенадцатиперстной кишки. // Клиническая хирургия // №8 -1989.
11. Гризберг А.А., Ермолов А.С., Затевахин И.И., Нестеренко Ю.А., Извсков М.А., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. // Хирургия № 2-1990, с.81-84.
12. Григорьев С.Г., Корытцев В.К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях. // Хирургия №6-1999, с.20-22.
13. Гончар М.Г., Дельцова Л.И., Кучирка Я.М., Цимбалистый С.И., Мельник И.В. Хеликобактер пилори у больных с осложненной язвенной болезнью. // Хирургия // №6-1999, с.25-26.
14. Джумабаев С.У., Мехманов А., Джумабаев Э.С., Гигантские язвы после СПВ. // Хирургия // №8-1997, с. 40-42.
15. Дуденко Ф.И., Лысенко Б.Ф., Ковалев А.П., Шейко В.Д., Баштан В.П., Гирия Л.В., Немченко И.И., Лысенко Р.Б. Хирургическое лечение осложненной низкорасположенной язвы двенадцатиперстной кишки. // Клиническая хирургия // № 3-1995, с.18-20.
16. Зайцев В.Т., Гончарова Л.С., Проценко Е.С., Тищенко А.М., Бойко В.В. и др. Морфологические изменения слизистой оболочки желудка при язвенных кровотечениях. // Клиническая хирургия // №4-1995, с.3-5.
17. Калиш Ю.И., Богданов-Березовский А.Г. Желудочно-кишечное кровотечение как осложнение редко встречающихся язв желудка. // Хирургия // №3-1990, с.47-49.
18. Кит О.Н. Проблема диагностики и хирургического лечения язвенной болезни желудка. Автореферат дисс. ... д.м.н. М., 1994.
19. Котаев А.Ю. Тактика хирургического лечения больных с язвенными кровотечениями желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечениями. Автореферат дисс. ... д.м.н. М., 1999.
20. Курбанов К.М. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложненных пенетрацией в головку поджелудочной железы. // Хирургия // №2-1999, с. 8-10.
21. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия // №1-2001, с.27-32.
22. Логинов А.С., Калинин А.В., Оперативное и консервативное лечение гигантских язв желудка. // Русский Медицинский Журнал // т.5, №5-1997, с.276-280.
23. Лукаевич И.И. Прогнозирование течения и хирургическое лечение кровоточащих язв желудка с учетом показателей гастродуоденального кровотока. Автореферат дисс. ... к.м.н. М., 1995.
24. Мамчич В.И., Шуляренко В.А., Парпций З.З., Бабин И.А. и др. Ранняя диагностика и лечение пилородуоденальной язвы, осложненной стенозом выхода из желудка. // Клиническая хирургия // №2-1992, с. 38-42.
25. Мартиросов Ю.К. Хирургическое лечение гигантских язв желудка, осложненных кровотечениями. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии // №6-1997, с. 73-75.
26. Митюк И.И., Годлевский А.И. Лечение гигантских дуоденальных язв. // Хирургия // № 10-1989.

27. Нарезкин Д.В. Хирургическая тактика при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста. // Автореф. дисс. ... д.м.н. // М., 2003.
28. Никитин Н.А. «Трудная» дуоденальная культя в urgentной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Хирургия // №5-2001, с. 36-39.
29. Николаев Н.О., Старцев А.И., Гришин С.Г., Чекмазов И.А. Хирургическое лечение больных с гигантскими язвами желудка // Хирургия // №2-1990, с. 69-72.
30. Николаев Н.О., Гришин С.Г., Багинский Е.М. Диагностика и хирургическое лечение гигантских язв двенадцатиперстной кишки. // Хирургия // №5-1988, с. 29-36.
31. Окоемов М.Н., Кузин Н.М., Крылов Н.Н., Майорова Ю.Б. Сравнительная характеристика эффективности операций при язвенном пилородуоденальном стенозе. // Хирургия // №5-2002, с.26-30.
32. Шлешков В.Г., Афанасьев В.Н., Москалев А.П. и др. Резекция желудка по Бильрот-I при гигантских пенетрирующих дуоденальных язвах. // Хирургия желудка и кишечника. // Сб. научн. Трудов. Смоленск, изд. СГМА, 1995.
33. Помелов В.С., Кубышкин В.А., Козлов И.А. Хирургическое лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки. // Хирургия // №5-1997, с. 4-9.
34. Помелов В.С., Кубышкин В.А., Будаев К.Д., Гордеев В.Ф., Аруин Л.И. Результаты органосохраняющих операций при язвенной болезни желудка. // Хирургия // № 1-1995, с. 37-40.
35. Пономарев А.А., Захаров И.Н., Семин В.Н., Чудин С.В. Хирургическое лечение пенетрирующих гигантских дуоденальных язв. // Хирургия // №6-1994, с.43-45.
36. Сацукевич В.Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв // Хирургия № 5-2001, с.24-27.
37. Гаранов И.И., Чернов В.Н. Способ ушивания культи двенадцатиперстной кишки при гигантских дуоденальных язвах. // Хирургия // № 1-1995, с. 57-58.
38. Трошин А.В., Фирсов Е.Ф., Чухраев А.М. Клинико-рентгенологическая диагностика больших и гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии // № 6-2001.
39. Тутченко Н.И., Кассем Х.А., Соломко А.В., Лысенко В.Н., Асланян С.А. Применение сфинктеросохраняющих операций при лечении гигантской язвы двенадцатиперстной кишки. // Клиническая хирургия // №2 -1995, с. 18-19.
40. Ус В.Г., Миляев М.М., Зоткина И.Д., Кузнецов С.С., Газазян Б.Р. Выбор метода восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта при резекции желудка по поводу язвенной болезни. // Хирургия // № 2 -1992, с.17-20.
41. Хутисв Ц.С., Кундухова Э.Р., Тохсыров А.В., Какабалдзе С.А., Лекоев Г.З. Безоары и гигантские язвы желудка, ассоциированные с *Helicobacter pylori*. // Хирургия // № 3 -1999, с. 28-31.
42. Хараберюш В.А., Кондратенко П.Г. Хирургическое лечение больных с гигантской кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. // Клиническая хирургия // № 8 -1991, с. 3-7.
43. Чернышев В.Н., Александров И.К. Хирургическое лечение трудноудаляемых желудочных язв. // Хирургия // № 2 -1992, с. 4-9.
44. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // М., Медицина, 1996.
45. Шкитин В.А., Шпирна А.И., Старовойтов Г.Н. Роль *H.pylori* в патологии человека. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. // т. 4, № 2 -2002, с. 128-141.
46. Cotirlet A., Ivan I., Anghel G., Balcan O., Chius D. Complicated postbulbar duodenal ulcers: the characteristics of the diagnosis and of the surgical procedure and management. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi 1997; 101;1-2; p.164-169.
47. Hunt P.S. Bleeding gastroduodenal ulcers: selecting of patients for surgery. // World J Surg 1987 Vol II p.289-294/
48. Elta G.H. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. // Textbook of Gastroenterology, second edition, ed. by T.Yamada, J.B. Lippicott Company, Philadelphia 1995, p.671-695.
49. Malfertheiner P., Megraud F., C.O'Morain et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection - the Maastricht 2-2000 Consensus Report. // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2002. - V. 16. - p. 167-180.
50. Nussbaum M.S., Schustermann M.A. Management of giant duodenal ulcer. (Amer.J Surg., 1985, Vol 149, № 3, p. 357-361).

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.366-077.253

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

А.В. Бельков, В.А. Володченков, Г.И. Прохоренко

Смоленская государственная медицинская академия

Спонтанные внутренние желчные свищи являются редкой и трудно диагностируемой патологией. Наиболее часто внутренние желчные свищи образуются при желчнокаменной болезни. Отмечено, что чаще встречаются холецистодуоденальные свищи, второе место по частоте занимают пузырноободочные, третье – соустья между желчным пузырем и желудком. Более редко, по сравнению с билиодигитивными, наблюдаются билиобилиарные свищи – до 1,6 – 5,9% всех внутренних свищей (Карпов Н.Б., 1985).

Систематизированная оценка холецистохоледохсальных соустьев впервые была представлена аргентинским хирургом Мириззи (1948).

Под синдромом, носящим имя этого автора, следует понимать формирование свища между желчным пузырем и магистральными желчными протоками, вследствие миграции камней у больных с желчнокаменной болезнью. Данная патология сложна как в диагностическом, так и лечебном плане. Клиническая картина желчных свищей разнообразна и неспецифична. Диагноз до операции ставится лишь в единичных случаях. Особую трудность вызывают оперативные вмешательства там, где при манипулировании возможны повреждения гепатикохоледоха и крупных сосудов, которые являются одними из самых грозных осложнений в ходе операции.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная С., 61 года, поступила в хирургическое отделение МЛПУ «КБ №1» г. Смоленска 4.02.04 с жалобами на боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, тошноту, рвоту и повышение температуры тела до 38°C. Больная с 03.02.04, когда появились вышеизложенные жалобы. Данный приступ больная отмечает впервые, ранее не обследовалась. При объективном исследовании выявлено: состояние средней степени тяжести. Больная повышенного питания, периферические лимфоузлы не увеличены, кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушивались, частота сердечных сокращений 100 в 1', АД = 150/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, аритмичны за счет экстрасистол. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, нечень по краю реберной дуги, определяется болезненность в правом подреберье, где пальпируется увеличенный желчный пузырь. При поступлении: лейкоциты крови – $12,2 \times 10^9/\text{л}$, амилаза мочи – 15,3 мг/сл. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 137 мкм/л, прямая его фракция – 97,4 мкм/л, АЛТ – 182 ед/л, АСТ – 107 ед/л. На УЗИ брюшной полости: печень обычных размеров, желчный пузырь 70×70 мм, толщина стенки 9 мм с двойным контуром, в просвете желчного пузыря определяются конкременты. Выявлено расширение внутрипеченочных желчных протоков: левый печеночный проток – 7 мм, правый печеночный проток – 6 мм, общий печеночный проток – 10 мм, общий желчный проток не определяется. В поджелудочной железе выявлены диффузные изменения.

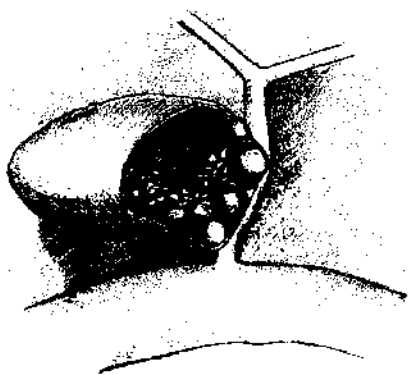


РИС. 1.

Больной был назначен курс консервативной терапии, в результате которого она отметила субъективное улучшение. Желчный пузырь сократился, температура тела нормализовалась, лейкоциты крови снизились до $7,3 \times 10^9/\text{л}$. Однако на вторые сутки после поступления у больной отмечено пожелтение кожных покровов, потемнение мочи и осветление кала.

Учитывая возраст, тяжелую сопутствующую патологию (ИБС, стабильную стенокардию II ФК, артериальную гипертензию III ст. высокого риска течения, желудочковые экстрасистолы), больному было рекомендовано проведение эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии с эндоскопической папиллосфинктеротомией.

На ЭРПХГ (10.02.04): холедох 12-14 мм, в дистальном отделе конкремент ≈ 12 мм в диаметре, вирсунгов проток не извитой, диаметр $\approx 3-4$ мм. Произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

После проведенного исследования субъективно и объективно желтуха уменьшилась. Общий билирубин составил 39,5 мкм/л, АЛТ – 57 ед/л, АСТ – 44,1 ед/л, лейкоциты крови $9,9 \times 10^9/\text{л}$, α амилаза мочи не повышалась.

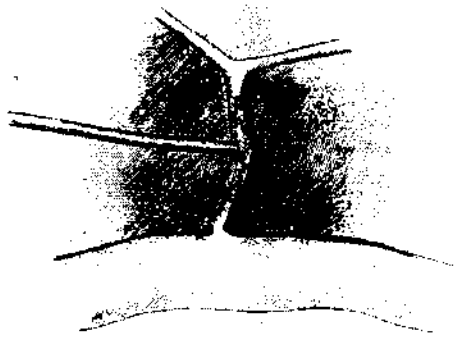


РИС. 2.

15.02.04 больная отметила ухудшение состояния: появились боли в правом подреберье, озноб, повышение температуры тела до 38°C , пожелтение кожных покровов. В общем анализе крови: $\text{Le } 5,2 \times 10^9/\text{л}$ (п/я-11%, с/я-58%). В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 152 мкм/л, прямой-73 мкм/л, АЛТ-291 ед/л, АСТ-229 ед/л.

На УЗИ брюшной полости (13.02.04): дилатация желчных протоков сохраняется, общий желчный проток расширен до 10-11 мм на всем протяжении.

Учитывая отрицательную динамику течения заболевания и нарастание желтухи, 17.02.04 больная была прооперирована. Разрезом Кохера в правом подреберье вскрыта брюшная полость. При ревизии обнаружено:

желчный пузырь находился в плотном, хрящобразном инфильтрате. Учитывая это, произведена атипичная холецистэктомия от дна. При вскрытии желчного пузыря выделился густой гной. Из пузыря удалено 4 конкремента, размерами $2 \times 2 \times 2$ см., при ревизии его полости выявлен гепатикохоледохоальнопузырный свищ от места слияния правого и левого печеночных протоков до двенадцатиперстной кишки, размерами 4,5 см. Желчный пузырь частично иссечен до холедоха, свищевое отверстие ушито отдельными атравматическими швами с использованием тканей общего печеночного и желчного протоков и остатков желчного пузыря на Т-образном дренаже Кера (т.е. выполнена его пластика). Брюшная полость дренирована.

В послеоперационном периоде в первые сутки по дренажу Кера выделялось до 1500-1700 мл желчи. На 3-и сутки выполнена фистулография через дренаж Кера: контрастирован дренаж в гепатикохоледохе, контраст поступает в двенадцатиперстную кишку, швы состоятельны. На 7-8-е сутки после операции отделение желчи уменьшилось до 250 мл. Послеоперационный период осложнился правосторонней нижне- долевой пневмонией, которая разрешилась к моменту выписки. Швы сняты на 8-е сутки после операции, рана зажила первичным натяжением.

Послеоперационный диагноз

Осн.: Острый гангренозный калькулезный холецистит.

Осл.: Синдром Мирizzi. Механическая желтуха. Гнойный холангит. Плотный околопузырный инфильтрат. Правосторонняя нижнедолевая пневмония.

Соп.: ИБС (атеросклеротический кардиосклероз), коронаросклероз. Гемодинамическая артериальная гипертензия III ст., высокий риск течения. Миокардиодистрофия сложного генеза. Желудочковые экстрасистолы. СН I-II A ст. Ожирение II ст.

На 20-е сутки после операции больная выписана в удовлетворительном состоянии. В общем анализе крови: Эр- $3,8 \times 10^{12}$ /л, Нв-123 г/л, Le- $4,5 \times 10^9$ /л, п/я-2%, с/я-70%, СОЭ-22 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок - 75,7 г/л, общий билирубин - 23 мкм/л.

Через 2 недели после выписки при контрольном осмотре T-образный дренаж удален. Таким образом, синдром Мириizzi является редким и трудно диагностируемым осложнением желчнокаменной болезни, значительно отягощает течение заболевания, сопровождается механической желтухой, трудно поддающейся консервативному лечению, сопровождается частыми осложнениями после операций.

Эндоскопическая папиллотомия при синдроме Мириizzi бывает неэффективной, что обусловлено значительными размерами конкремента и высокой обструкцией желчных путей.

Особенностями приведенного клинического наблюдения данного синдрома являются большой размер дефекта общего печеночного и желчного протоков, а также шадящий и эффективный способ его реконструкции.

Литература

1. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.Н. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. - М., 1987.
2. Цыбырне К.А., Попов С.Д., Чапганов А.И. Желчные свищи. - Кишинев, 1983.
3. Коган А.С., Соколов Б.Н. Крупный камень желчного пузыря, проникавший в общий желчный проток через пузырный. Хирургия. -1987., -№7. -С-131-132.
4. Рандаев В.У., Загородний В.С. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi. Вестник хирургии. -1996, -№2, -С-103-105.
5. Шаповальянц С.Г., Чжао А.В., Тембулатов М.М. Синдром Мириizzi. Сов. Медицина -1989, -№6, -С-97-100.

УДК 617.741 007.21

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ ФЛЕКС ИЗ ПОЛИУРЕТАНМЕТАКРИЛАТА

А.Г. Белькова, Л.А. Деев

Смоленская государственная медицинская академия

Одной из важных проблем в современной хирургии катаракты является проблема биосовместимости искусственного хрусталика с тканями глаза [6]. Рядом авторов отмечена реакция на интраокулярную линзу (ИОЛ), как на «инородное тело» в раннем послеоперационном периоде [1, 3, 7].

По мнению С.Н.Федорова и Э.В.Егоровой [3], степень послеоперационной воспалительной реакции может зависеть от корректности, травматичности и длительности оперативного вмешательства; проникновения внутрь глаза бактериальных агентов; иммунологического, гуморального и гемодинамического статуса глаза и организма в целом; химической стабильности и биологической инертности материала линзы. Возможность такой реакции подтверждается работами Л.Т.Архиповой с соавторами [1] и нашими собственными исследованиями [2]. Причем послеоперационная воспалительная реакция I-III степени описана на различные модели искусственных хрусталиков из разных материалов: полиметилметакрилат [2], силикон [1] и др.

Совершенствование техники экстракции катаракты, связанное с фактоэмульсификацией через малый разрез, предъявило новые требования к материалам для интраокулярной линзы. Так,

широко разрабатываются модели искусственных хрусталиков с высокими упругоэластичными свойствами, позволяющими свернуть ИОЛ и ввести ее через малый разрез без разрушения с последующим расправлением внутри глаза.

В частности, в ЗАО ЭТП «Микрохирургия глаза» была разработана упругоэластичная интраокулярная линза нового поколения ИОЛ-ФЛЕКС из полиуретанметакрилата (ПУМА), которая прошла токсикологические испытания в соответствии с международным стандартом (ИСО) [5]. В научных публикациях представлены хорошие клинические результаты имплантации ИОЛ-ФЛЕКС, хотя имеются указания на воспалительную послеоперационную реакцию I степени в виде клеточной взвеси во влаге передней камеры глаза (феномен Тиндаля 0-1 степени) [4].

Целью нашего исследования явился анализ первого опыта имплантации ИОЛ-ФЛЕКС производства МНТК «Микрохирургия глаза» в клинике глазных болезней Смоленской медицинской академии.

Нами имплантированы 10 интраокулярных линз. Из них 9 больных оперированы по поводу senильной катаракты в зрелой стадии и 1 больной – по поводу осложненной катаракты на фоне оперированной ранее открытоугольной глаукомы. Почти все пациенты (9 человек) были в возрасте от 65 до 76 лет и 1 – в возрасте 56 лет. Среди них 7 женщины и 3 мужчин.

Во всех клинических наблюдениях выполнена экстракапсулярная экстракция катаракты через роговичный разрез алмазным лезвием по традиционной методике с последующей имплантацией ИОЛ-ФЛЕКС в капсульный мешок. Оперативные вмешательства прошли без осложнений.

У 7 из 10 больных (70%) наблюдалось ареактивное течение послеоперационного периода.

У 1 пациентки (10%) отмечалась воспалительная послеоперационная реакция I степени с клеточной взвесью во влаге передней камеры глаза. Феномен Тиндаля 0-1 степени наблюдался в течение первых 6 суток послеоперационного периода. В анамнезе имелись указания на хронический бронхит вне обострения. Учитывая анамнез и изменения в гемограмме – увеличенное до 22 мм/ч СОЭ, пациентке была назначена антибактериальная терапия за 1 сутки до операции (гентамицин в дозе 160 мг в сутки внутримышечно по 8 суток).

У 2 больных (20%) наблюдалась воспалительная реакция II степени с образованием экссудата на передней поверхности интраокулярной линзы и в передней камере глаза на 5-6 суток послеоперационного периода. Через несколько дней на ИОЛ сформировалась фибринозная мембрана, которая в последующем (в среднем через 12 суток) почти полностью рассосалась под воздействием гормональной терапии, а также физиотерапии. У одной из этих пациенток фибринозный нридоциклит развился на фоне оперированной ранее открытоугольной глаукомы. У другого пациента воспалительная реакция II степени наблюдалась на фоне хронического холецистита и гастрита.

Выводы:

1. Имплантация ИОЛ-ФЛЕКС при senильной катаракте у больных без признаков острых и хронических воспалительных заболеваний сопровождается ареактивным течением послеоперационного периода.
2. Имплантация ИОЛ-ФЛЕКС на фоне осложненной катаракты при глаукоме и на фоне хронических воспалительных заболеваний, в раннем послеоперационном периоде может сопровождаться экссудативной реакцией I и II степени.
3. С целью уменьшения воспалительной послеоперационной реакции и препятствия образованию прелентальной фибринозной мембраны у больных с артефакцией необходимо дальнейшее совершенствование материалов для упругоэластичных линз и разработка ИОЛ-ФЛЕКС с модифицированной поверхностью, ограничивающей адгезию фибрина и клеток на интраокулярной линзе.

Литература

1. Архипова Л.Т., Леванова О.Г., Чупров А.Д., Зайцева Г.А. Клинико-иммунологические факторы прогнозирования ранней экссудативной реакции после экстракции сенильной катаракты с имплантацией эластичных интраокулярных линз // Вестн. офтальмол. – 1999. - № 2. – С. 25-27.
2. Белькова А.Г. Воспалительные послеоперационные осложнения после имплантации интраокулярной линзы из полиметилметакрилата // Вестн. трансплантол. и искусств. органов. – 1999. - № 4. – С. 63-64.
3. Федоров С.Н., Егорова Э.В. Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика / М. – 1992. – С. 175.
4. Федоров С.Н., Копаева В.Г., Андреев Ю.В., Беликов А.В. Результаты 1000 лазерных экстракций катаракты // Офтальмохирургия. – 1999. - № 3. – С. 3-14.
5. Федоров С.Н., Линник Л.Ф., Фоменко В.В. и др. Упругоэластичные интраокулярные линзы нового поколения (ИОЛ-ФЛЕКС) // Офтальмохирургия. – 1996. - № 4. – С. 3-14.
6. Beasley A.M., Auffarth G.U., Von Reum A.F. Intraocular lens implants: a biocompatibility review // J. of Investig. Surg. – 1996. - № 9. – P. 399-413.
7. Nishi O. Fibrinous membrane formation on the posterior chamber lens during the early postoperative period // J. Cataract. Refract. Surg. 1988. - № 14. – P. 73-77.

УДК 616.441-006.6-053.9

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА РАДИАЦИОННО-ЗАГРЯЗНЁННЫХ И УСЛОВНО «ЧИСТЫХ» ТЕРРИТОРИЯХ

А.В.Бельков, С.В.Корнев, Е.С.Селиванов

Смоленская государственная медицинская академия

На сегодняшний день в общей массе тиреопатий рак щитовидной железы (РЩЖ) занимает второе место после коллоидных зобов и составляет 19,1% (2). За последние десятилетия доля РЩЖ в структуре тиреоидной патологии возросла в 11,9 раза (2). Этот рост в основном связан с увеличением числа лиц старческого и пожилого возраста, с улучшением прижизненной диагностики РЩЖ, а также за счёт экзогенных факторов и, в первую очередь, – ионизирующего излучения (3). В связи с этим проблема РЩЖ весьма актуальна в зонах, подвергшихся радиационному загрязнению после аварии на Чернобыльской АЭС.

Известно, что в РФ наиболее пострадавшей является территория Брянской области. Так, если в 1996 году заболеваемость РЩЖ в Брянской области составляла 2,7 на 100 тысяч мужского населения и 7,2 на 100 тысяч женского, то в 2000 году эти показатели выросли в 2,5 – 2,8 раза и составили 6,8 и 19,8 на 100 тысяч населения соответственно (5). В современной литературе отмечены два возрастных пика заболеваемости РЩЖ. Первый – в 40 – 45 лет, а второй – старше 60 лет (1). При этом большинство авторов основное внимание уделяют детям и лицам трудоспособного возраста, тогда как больные пожилого и старческого возраста остаются малоизученными, а многие аспекты клинического течения и лечения РЩЖ у этих больных в литературе противоречивы (4). В связи с этим большой интерес представляет сравнительная характеристика клинического течения РЩЖ у лиц старшей возрастной группы на радиационно-загрязнённых и условно «чистых» территориях.

В качестве условно «чистой» нами рассматривалась Смоленская область. Брянская область рассматривалась как радиационно-загрязнённая после аварии на Чернобыльской АЭС.

В исследование вошли 241 больной, старше шестидесяти лет. Из них 127 (52,7%) больных – в Брянской области и 114 (47,3%) – в Смоленской области. По полу и возрасту в двух регионах больные распределились равномерно. В Брянской области женщин было 110 (86,6%), мужчин – 17 (13,4%) человек. В Смоленской 98 (85,9%) и 16 (14,1%) соответственно. Соотношение мужчин и женщин в обеих областях составило 1:6. На территории Брянской области

ти больных РЩЖ от 60 до 70 лет было 90 (70,9%) человек, от 70 до 80 лет – 35 (27,5%) и старше 80 лет 2 (1,6%) больных. В Смоленской области эти цифры выглядели следующим образом: от 60 до 70 лет было – 73 (64,0%) человека, от 70 до 80 лет – 31 (27,2%) больной и старше 80 лет – 10 (8,8%) человек.

У большинства больных в анамнезе были выявлены предшествующие заболевания щитовидной железы (ЩЖ), причём в 11 наблюдениях отмечалось сочетание двух и более заболеваний ЩЖ.

Таблица 1. Структура заболеваний, предшествующих РЩЖ

Заболевания	Брянская область	Смоленская область
Узловой зоб	64 (50,4%)	58 (50,9%)
Гиперплазия ЩЖ различной степени	4 (16,5%)	4 (3,5%)
Диффузный узловой зоб	11 (8,6%)	1 (0,9%)
Диффузный токсический зоб	4 (3,2%)	4 (3,5%)
Аутоиммунный тиреоидит	4 (3,2%)	1 (0,9%)
Аденома ЩЖ	1 (0,8%)	1 (0,9%)

Наиболее частыми заболеваниями, предшествующими РЩЖ, явились: узловой зоб, гиперплазия ЩЖ и диффузный узловой зоб (ДУЗ) (табл.1). На территории Брянской области удельный вес гиперплазии ЩЖ, ДУЗ и аутоиммунного тиреоидита были больше, чем в условно «чистой» Смоленской области.

Таблица 2. Основные жалобы, при обращении

Жалобы	Брянская область	Смоленская область
Пальпируемая опухоль шеи	84 (66,1%)	82 (71,9%)
Боли в области шеи	30 (23,6%)	48 (42,1%)
Слабость и похудание	25 (19,7%)	14 (12,3%)
Увеличение лимфоузлов	9 (7,0)	8 (7,0%)
Увеличение ЩЖ	5 (3,9%)	4 (3,5%)
Жалоб не предъявляли	13 (10,2%)	6 (5,3%)

Характер жалоб в регионах существенно не отличался, однако в Брянской области жалобы на момент обращения не предъявляли больше больных (табл.2). Это, вероятно, связано с более ранним выявлением РЩЖ в Брянской области.

Во всех наблюдениях диагноз подтверждён морфологически: цитологически в 22,0% и гистологически в 78,0%.

В Брянской области папиллярный рак выявлен у 64 (50,4%) больных, фолликулярный – у 34 (26,8%), низкодифференцированный – у 14 (11,0%) человек, медуллярный у 1 (0,8%) больного и в 14 (11,0%) наблюдениях подтверждён РЩЖ без уточнения гистотипа. В Смоленской области папиллярный рак выявлен у 55 (48,3%) больных, фолликулярный – у 17 (14,9%), низкодифференцированный у 17 (14,9%) больных, медуллярный рак подтверждён в 3 (2,6%) клинических наблюдениях, фолликулярный и папиллярный в разных долях ЩЖ у 1 (0,9%) больного и у 21 (18,4%) – гистотип так же не уточнялся.

Таким образом, существует определённая корреляция между предшествующими узловыми заболеваниями ЩЖ и РЩЖ. На радиационно-поражённых территориях процент узловых заболеваний, предшествующих РЩЖ, был заметно выше. Заболеваемость низкодифферен-

пированным и медуллярным РЩЖ у пожилых больных больше отмечен на условно «чистых» территориях.

Литература

1. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Москва, 1993г, 284 стр.
2. Евменова Т.Д. Щадящий подход к объёму операций на щитовидной железе в условиях эндемии и промышленной загрязнённости. Кемерово, 2001г, 148 с.
3. Пачес А.И., Пропп Р.М. «Рак щитовидной железы». Москва, Медицина, 1984г, 320 с.
4. Алгоритмы объёмов диагностики и лечения рака гормонозависимых органов: Фрагмент из методических указаний МЗ РФ №2001/128 от 26.07.01г, 59-88 с.
5. Плешков В.Г. с соавторами «Проблемы ранней диагностики и лечения рака щитовидной железы». Российский онкологический журнал. 2002.- №5. - С.49-51.

УДК 616.441-006.6-053.9

ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИСТОТИПА ОПУХОЛИ И ВИДА ЛЕЧЕНИЯ

А.В. Бельков, С.В. Корнев, Е.С. Селиванов

Смоленская государственная медицинская академия

Известно, что заболевания щитовидной железы (ЩЖ) распространены широко и среди болезней эндокринных органов по частоте уступают только сахарному диабету. За последние годы произошли заметные изменения в структуре заболеваемости ЩЖ, а именно заметно выросла частота злокачественных опухолей. Всё это объясняет интерес клиницистов к этой важной и трудной проблеме современной медицины (2). По материалам Е.А. Валдиной (1993), злокачественные опухоли ЩЖ составили 1-3% в общей структуре онкозаболеваемости (1). В тоже время А.И. Пачес и Р.М. Пропп (1984) считают, что доля рака щитовидной железы (РЩЖ) составляет около 0,5% среди всех новообразований у мужчин и 1% у женщин (3).

По данным литературы, в США заболеваемость РЩЖ достигла первого пика среди лиц 30-34 лет и второго пика - в 60 лет. В РФ второй пик заболеваемости РЩЖ несколько смещён в сторону более пожилых лиц (1). При этом в современной литературе не уделяется должного внимания проблемам клиники, диагностики, а так же целесообразности и виду хирургического лечения у больных пожилого и старческого возраста. Нет и чётких указаний по тактике лечения этих больных. При этом следует учесть, что в структуре смертности от РЩЖ больные пожилого и старческого возраста занимают ведущее место. (5) (4)

Нами проанализированы 241 больной РЩЖ, старше 60 лет, проходивших лечение с 1986 по 2002 год в лечебных учреждениях Брянской и Смоленской областей. Из них 208 (86,3%) женщин и 33 (13,7%) мужчины. Соотношение мужчин и женщин составило 1:6. Возрастные группы имели следующий вид: от 60 до 70 лет мужчин было 21 (8,7%), женщин - 142 (58,9%) человека; от 70 до 80 лет мужчин было 12 (5,0%), женщин - 54 (22,4%), и от 80 лет и старше было только 12 (5,0%) женщин.

Все больные имели морфологически верифицированный диагноз. РЩЖ был подтверждён как цитологически в 22,0% с помощью тонкоигольной аспирационной биопсии, так и гистологически в 78,0% наблюдениях при биопсии опухоли и исследовании операционного материала. По гистотипу РЩЖ распределился следующим образом: папиллярный рак выявлен в 119 (49,4%) клинических наблюдениях, фолликулярный - в 51 (21,2%), низкодифференцированный - в 31(12,9%).. У 4 (1,6%) больных обнаружен медуллярный рак, сочетание папил-

лярного и фолликулярного в разных долях ЩЖ - у 1 (0,4%) больного. В остальных 35 (14,5%) клинических наблюдениях поставлен диагноз РЩЖ без уточнения гистотипа.

Оперативное лечение проведено у 161 (66,8%) больного. Из них у 56 (34,8%) – тиреоидэктомия, у 53 (32,9%) больных – гемитиреоидэктомия с истмусэктомией, 34 (21,1%) выполняли субтотальную резекцию ЩЖ, в 15 (9,3 %) клинических наблюдениях - резекцию доли ЩЖ, 3 (1,9%) больным – гемитиреоидэктомию с резекцией противоположной доли. В 30 (18,5%) наблюдениях операции были дополнены вмешательствами на регионарных лимфоколлекторах. Так, 13 (43,3%) больным осуществляли удаление шейных лимфоузлов, 13 (43,3%) фуллярно-фасциальное иссечение шейной клетчатки, 2 (6,7%) – операцию Крайля, 2 (6,7%) – удаление паратрахеальных лимфоузлов. Дистанционную гамма-терапию (ДГТ) проводили в комплексе лечения у 104 (43,2%) больных, из них в 13 (12,5%) наблюдениях - предоперационную, в 49 (47,1%) – послеоперационную и у 42 (40,4%) больных, - как основной элемент лечения. Радиойодтерапию назначали 2 (0,8%) больным в послеоперационном периоде. Полихимиотерапию (ПХТ) -- 2 (0,8%) больным в послеоперационном периоде и 8 (3,3%), - как самостоятельное лечение.

К настоящему моменту умерли 100 (41,5%) больных. Сроки смерти и методы лечения представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сроки смерти и методы лечения у больных РЩЖ

Сроки смерти	Радикальное оперативное лечение	Комбинированное (оперативное + ДГТ) лечение	Д ГТ	ПХТ	Паллиативное оперативное лечение + ДГТ	Симптоматическая терапия
<i>До 6 мес</i>	2	2	12	1	8	11
<i>6 мес – 1 год</i>	1	3	5	4	5	2
<i>1-2 года</i>	1	1	2	2	1	2
<i>2-5 лет</i>	2	3	4	-	-	3
<i>5-10 лет</i>	3	8	4	-	2	2
<i>более 10 лет</i>	2	2	-	-	-	-
итого	11	19	27	7	16	20

Из всех умерших 46 (46,0%) больных были подвергнуты как радикальным, так и паллиативным оперативным вмешательствам и 54 (54,0%) больных не оперировались (табл.1). Среди оперированных 33 (71,7%) человека умерли от прогрессирования РЩЖ, 10 (21,8%) - от сопутствующей соматической патологии и 3 (6,5%) - от злокачественных опухолей другой локализации. Среди неоперированных больных летальность от прогрессирования РЩЖ отмечена у 48 (88,8%) больных, от сопутствующих заболеваний – 5 (9,2%) и 1 (2,0%) - от злокачественных опухолей другой локализации.

Таким образом, среди гистотипов РЩЖ у умерших больных старшей возрастной группы

Таблица 2. Распределение умерших больных по гистотипу

Гистотип РЩЖ	Оперированные	Неоперированные
<i>папиллярный</i>	24 (58,5%)	14 (23,7%)
<i>фолликулярный</i>	6 (14,6%)	12 (20,3%)
<i>низкодифференцированный</i>	11 (26,9%)	13 (22,0%)
<i>медулярный</i>	-	1 (1,7%)
<i>без уточнения гистотипа</i>	-	19 (32,3%)

сравнительно большой удельный вес занимает низкодифференцированный рак (24,0%) (табл.2).

Летальность в отдалённые сроки отмечается преимущественно в первые 2 года после лечения у неоперированных больных, а среди оперированных - через 5 лет после операции. Хирургическое лечение играет решающую роль в прогнозе заболевания дифференцированных форм РЦЖ у пожилых больных.

Литература

1. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Москва, 1993г, 284 с.
2. Евменова Т.Д. Щадящий подход к объёму операций на щитовидной железе в условиях эндемии и промышленной загрязнённости. Кемерово, 2001г, 148 с.
3. Пачес А.И., Пропп Р.М. Рак щитовидной железы. Москва, Медицина, 1984г, 320 с.
4. Алгоритмы объёмов диагностики и лечения рака гормонозависимых органов. Фрагмент из методических указаний МЗ РФ №2001/128 от 26.07.01г, 59-88 с.
5. Плешков В.Г. с соавторами Проблемы ранней диагностики и лечения рака щитовидной железы. Российский онкологический журнал, №5, 2002г, стр.49-51.

УДК 616.33-002.44-089

МЕТОДИКА, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МИНИДОСТУПА У БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА

А.В.Бельков, А.В. Кученков

Смоленская государственная медицинская академия

В настоящее время перфорации пилородуоденальных язв остаются одним из наиболее распространенных и опасных осложнений язвенной болезни, что определяет значительное число неудовлетворительных результатов лечения и летальности. Число их составляет от 5 до 15% операций в неотложной хирургии язв и занимает по частоте четвертое место в структуре осложнений, являясь абсолютным показанием к оперативному лечению(2,4). У 40-50% больных это объясняется прежде всего тем, что прободение язвы происходит на фоне бессимптомного течения заболевания или при стертой клинической картине заболевания.

С.С. Слесаренко и А.В. Федоров (1999) отметили, что тяжесть течения послеоперационного периода при вмешательствах на органах брюшной полости во многом связана не с объемом хирургического пособия непосредственно на внутренних органах, а с длиной разреза передней брюшной стенки (1,4). Различные способы малоинвазивных хирургических пособий обладают неоспоримыми преимуществами перед традиционной техникой операций, но и им присущи определенные недостатки (3). В последние годы в литературе появились сведения о применении малоинвазивных технологий при лечении осложненных форм ЯБ (5). Однако из-за малочисленных наблюдений не до конца определена эффективность этих технологий в лечении перфоративных пилородуоденальных язв. Большинство публикаций по малоинвазивным технологиям посвящены техническим вопросам исполнения оперативных вмешательств при перфоративных пилородуоденальных язвах с использованием специальных инструментов. В то же время сведения в литературе о применении данного вида вмешательств при перфоративных пилородуоденальных язвах немногочисленны и достаточно разноречивы.

В клинике факультетской хирургии малоинвазивные вмешательства выполнены 16 больным: 15-ти больным - по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, одному больному - по поводу перфоративной язвы пилорического отдела желудка.

Метод операции заключался в следующем: перед выполнением мини-доступа производилась диагностическая лапароскопия, позволяющая выполнить ревизию, выявить локализацию перфоративного отверстия и осуществить санацию и дренирование брюшной полости.

Доступ осуществляли непосредственно над зоной локализации язвы (предпочтительно парамедиально справа), при необходимости конверсии его без технических осложнений можно перевести в срединную лапаротомию. Разрез проводили в 1-2 см правее средней линии живота (длиной 4-5 см.). Рассекали подкожно-жировую клетчатку, обнажали и вскрывали передний листок влагалища прямой мышцы живота. Правую прямую мышцу передней брюшной стенки отводили в латеральную сторону, затем вскрывали задний листок прямой мышцы живота и брюшину. Таким образом, обеспечивали минимально необходимое пространство для манипуляций в пилородуоденальной зоне.

Основной этап операции включал иссечение язвы, визуальный контроль задней стенки двенадцатиперстной кишки (нередко трансдуоденальной эндоскопии с боковой оптикой), наложение однорядного шва стенки двенадцатиперстной кишки без захвата слизистой по оригинальной методике. При необходимости осуществляли контроль герметичности с введенным метиленовой синьки в желудочный зонд. Операцию завершали постановкой минимум 2-х дренажей (к месту ушивания и в малый таз). Техника санации брюшной полости заключалась в следующем: до разреза (мини-доступа) эндоскопически осуществляли удаление перитонеального выпота, путём постановки гильзы-троакара (5-10 мм) для ревизии брюшной полости и эвакуации жидкости; проводили интраоперационную санацию из мини-доступа с применением адантированного инструментария; в конце операции после выполнения дуоденопластики выполняли обзорную лапароскопию и при необходимости - удаление дополнительно поступившей жидкости. При наличии технических трудностей или сомнений в эффективности санации брюшной полости устанавливали гильзы для динамической лапароскопии (через 12-24 ч.) или перешли на верхне-срединный доступ.

Показания и техника выполнения лапаротомии из мини-доступа при прободных пилородуоденальных язвах и наличии перитонита отработаны на 16 больных.

Показанием к лапароскопически поддерживаемым операциям считали:

- 1) перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки и желудка с местным или диффузным серозно-фибринозным перитонитом (распространённость и вид перитонита уточняется при лапароскопии);
- 2) отсутствие выраженной сопутствующей патологии, являющейся противопоказанием к наложению пневмоперитонеума;
- 3) сроки перфорации до 12 часов;
- 4) наличие подготовленной бригады хирургов, владеющей данной методикой.

Противопоказаниями к операции являлись:

- 1) разлитой гнойный перитонит;
- 2) длительность с момента перфорации более 12 часов (с уточнением распространённости перитонита при лапароскопии);
- 3) противопоказания к наложению пневмоперитонеума (сердечно-легочная недостаточность; массивные послеоперационные рубцы или грыжи брюшной стенки);
- 4) отказ больного от лапароскопии.

Тщательное соблюдение описанных технологических стандартов позволило достичь обнадеживающих ближайших и отдаленных функциональных результатов, избежать ятрогенных хирургических ошибок, ликвидировать не только осложнение язвенной болезни, но и ее субстрат - саму язву.

Таким образом, основным преимуществом лапароскопически ассистированных операций явились сочетание простоты выполнения этапа реконструкции, как при открытом доступе, и более благоприятное течение послеоперационного периода, как при лапароскопическом вмешательстве, что позволило снизить травматичность операции, уменьшить общее количе-

ство послеоперационных осложнений (нагноение раны, эвентрация, бронхиты и пневмонии, летальность), уменьшить продолжительность стационарного лечения до 6-8 суток.

Литература

1. Абдуллаев Э.Г., Феденко В.В., Бабалин В.В. и др. Способ комбинированного ушивания перфоративных язв двенадцатиперстной кишки // Эндоскопическая хирургия 2000. -№6. -с53
2. Гринберг А.А., Нестеренко Ю.А., Лартина В.П. Неотложная хирургия дуоденальных язв // Тезисы докладов 8-го Всероссийского съезда хирургов. Краснодар. -1995. -с63-65
3. Сажин В.П., Федоров А.В. Лапароскопическая хирургия (часть 1) Издательство РЕКОМ. -1999. -178с
4. Слесаренко С.С., Федоров А.В., Крапивин Б.В., Слесаренко А.С. Видеозэндоскопия в лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Тезисы докладов I Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскопическая хирургия. -1997. -№1. -с99
5. Совцов С.А., Подшивалов В.Ю., Киселов А.Г., Филимонов Г.П., Малыгин А.Н. Мини-инвазивная хирургия прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Третий конгресс ассоциации хирургов имени Н.И. Пирогова. Материалы конгресса.

УДК 616.381-002.3:616-073.756.8

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ МЕТОДОМ УЗ – ТОМОГРАФИИ

А.В. Борсуков, А.В. Бельков, В.А. Володченков

Смоленская государственная медицинская академия

ПНИЛ СГМА «Ультразвуковые исследования и малоинвазивные технологии»

В настоящее время в хирургии известны различные методики обработки операционных ран у больных гнойным перитонитом с использованием физических факторов: холодной плазмы, ультразвуковой кавитации, низкоэнергетического лазерного облучения и т. п. (2,3,5,7,9,12). Традиционными диагностическими критериями эффективности этих методик считают частоту развития инфильтратов и гнойных осложнений, характер заживления, степень келоидных изменений послеоперационных рубцов, которые, хотя и занимают ведущее значение, однако, нуждаются в более четком раннем объективном контроле, в том числе референтными инструментальными методами лучевой диагностики (1,4,10,11). Одним из таких методов является ультразвуковая томография. Наряду с известными преимуществами: доступностью, простотой использования, воспроизводимостью, отсутствием лучевой нагрузки, - этот метод позволяет на доклиническом этапе выявлять осложненное течение послеоперационного периода. Указанное, в свою очередь, позволяет провести коррекцию лечебного алгоритма у этой категории больных (6,8). В современной литературе отсутствуют публикации, посвященные методу ультразвуковой диагностики состояния послеоперационных ран при воздействии различных режимов обработки слоев плазмой.

Цель исследования: совершенствование методики ультразвуковой томографии для оценки УЗ – семиотики слоев послеоперационной раны при различных режимах обработки аргоновой и гелиевой плазмой у больных гнойным перитонитом.

Материалы и методы. В 2003 – 2004 г.г. кафедрой факультетской хирургии СГМА совместно с ПНИЛ СГМА «УЗ – исследования и малоинвазивные технологии» на базе МЛПУ «Клиническая больница № 1» обследовано 49 человек. Больные распределены на три группы: 1-я группа (n=16) – все слои послеоперационной раны обрабатывались аргоновой плазмой; 2-я группа (n=19) – слои послеоперационной раны обрабатывались гелиевой плазмой;

3-я группа (n-14) – группа контроля, где послеоперационные раны у больных гнойным перитонитом не обрабатывались.

В 1 – 2-й группах обработка плазмой применялась по двум программам:

- а) послойная обработка послеоперационной раны, включая апоневроз, во время операции;
- б) двукратная обработка послеоперационной раны: во время операции + на 2 – 4 сутки после операции.

УЗ – исследование проводилось трехкратно: до операции и на 4 - 7 - 10-е сутки после операции в В-режиме электронными датчиками 5,0 и 7,5 МГц на аппарате ультразвуковой диагностики SSD – 500 фирмы “Aloka” (Япония). Применялся стандартизированный протокол исследования (табл. 1).

Таблица 1. Протокол исследования очаговых изменений лапаротомных ран

<i>Есть очаговые изменения</i>		<i>Нет очаговых изменений</i>
<i>Количественные</i>	<i>Качественные</i>	<i>Эхогенность</i> ↑ 0 – 1 – 2 – 3 – 4 балла ↓ 0 – 1 – 2 – 3 – 4 балла
<i>Размер</i>	<i>Эхогенность</i> 0 – 1 – 2 – 3 – 4 балла	<i>Деформация слоев</i> 0 – 1 – 2 – 3 – 4 балла
<i>Контуры</i>	<i>Структура</i> <i>однородная, неоднородная</i>	<i>Изменения звукопроводимости</i> 0 – 1 – 2 балла
<i>Локализация:</i> <i>верхняя треть, средняя треть, нижняя треть</i>		<i>Деформация апоневроза</i> 0 – 1 – 2 – 3 балла
<i>До апоневроза</i>	<i>Под апоневрозом</i>	

Использовались две статистические программы обработки: параметрических критериев (Р, t, М) и непараметрического критерия Колмогорова-Смирнова (рλ) с балльной оценкой признаков.

Результаты исследования. При анализе УЗ – семиотики на I этапе дифференцировка проведена по наличию очаговых изменений в слоях послеоперационной раны. В 1-й группе очаги отмечались на 4 сутки у двух пациентов, во 2-й группе – у трех больных, в 3-й группе – у 5 пациентов. На 7 сутки очаги в 1-й группе – у 1 больного, во 2-й группе – нет, в 3-й группе – у трех больных. К 10 суткам в 1 и 2-й группах очагов нет, в 3-й группе (2 человека) – имелись признаки локального отека послеоперационного рубца до 10 мм в диаметре, имелось скудное серозно-геморрагическое отделяемое в нижней трети рубца (место проекции выявленного очагового изменения). Имеются статистически достоверные изменения в первой и второй группах по сравнению с третьей (контрольной), в случаях отсутствия очаговых изменений, по критерию «изменение эхогенности» (диаграмма 1).

Четко определяется общая тенденция: постепенное уменьшение степени снижения эхогенности всех слоев послеоперационной раны на 7 и 10 -е сутки. Наиболее заметная положительная динамика наблюдается во 2-й группе, где эхогенность возвращается практически к исходному уровню. Худшие результаты отмечены в 3-й группе. Данные результаты четко показывают патогенетически обоснованное действие плазмы на все слои послеоперационной раны в виде не только гемостатического агента, но и в качестве фактора, улучшающего микроциркуляцию.

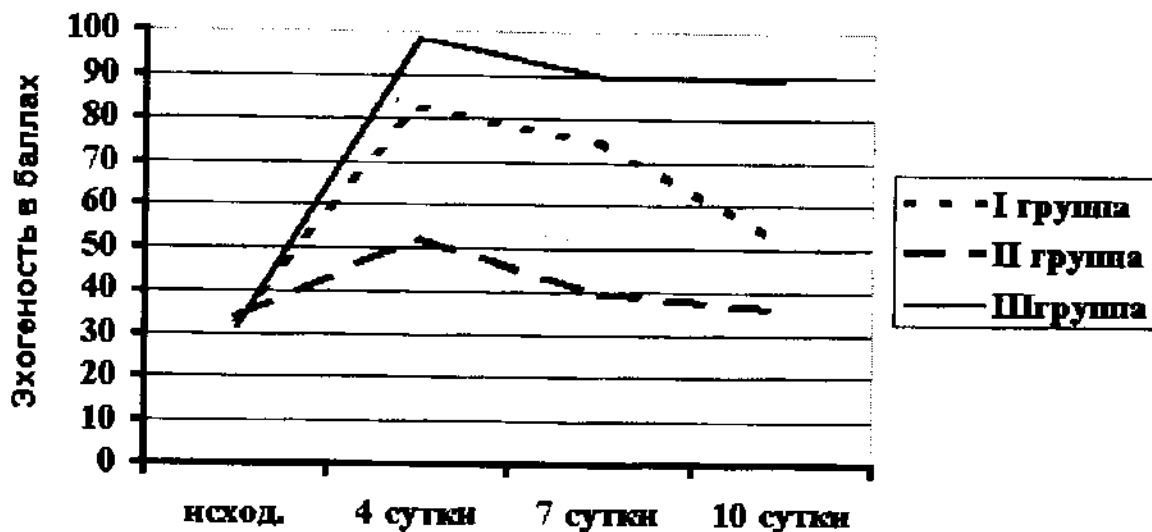


Диаграмма 1. Динамика УЗ – критерия «изменение эхогенности» у больных с различными режимами обработки лапаротомных ран.

Выводы: 1. Оценка УЗ – семиотики по полуколичественным методикам оценки позволяет объективизировать результаты УЗ – исследований.

2. Выявляются качественные различия по группам больных до развития клинической манифестации осложнений. Указанное позволяет вовремя провести коррекцию метода лечения.

3. Использование метода интра – и послеоперационного облучения лапаротомных ран приводит к уменьшению количества раневых осложнений у больных гнойным перитонитом.

Литература

1. Буянов В.М., Иштутинов В.Д., Родоман Г.В. и др. Роль ультразвуковой диагностики в определении хирургической тактики при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей. // Советская медицина. – 1989. – №9 – С.35 – 39.
2. Гаевский С.В., Обухов В.В., Жорова Е.М. Влияние низкочастотного ультразвука и плазменных потоков на течение раневого процесса в эксперименте. // Медицинские аспекты физической культуры и проблемы сохранения здоровья. – Смоленск, 1994. – С.23.
3. Калиш Ю.И., Мадартов К.М., Хусанов Б.Р. Принципы комбинированного использования лазеров в профилактике гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии. //Тезисы докладов: Материалы 8 – го Всероссийского съезда хирургов. – Краснодар. – 1995. – С.490.
4. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. М.: Медицина, 1990. – 591 с.
5. Отанесян М.А. Профилактика нагноений послеоперационных ран методом обработки ультразвуком. // Хирургия. – 1983. – № 4. – С. 89 – 90.
6. Рогачев А.А. УЗИ в диагностике и лечении послеоперационных абсцессов брюшной полости // Визуализация в клинике. -1997. -№10.- С.38-42.
7. Скобелкин О.К. Лазеры в хирургии.- М.: Медицина.-1989.-256с.
8. Хилл К.Р. Применение ультразвука в медицине. - М.: Мир, 1989.-561с.
9. Цой Г.В. и др. Применение лучей лазера для профилактики и лечения гнойных ран. // Клиническая хирургия. – 1983.- №1.- С. 58-59.
10. Цурупа Д.И., Дерябин А.И. Ультразвуковое исследование брюшной стенки при хирургической патологии живота //Казанский медицинский журнал., 1976, т.57. №4, с. 340 – 341.
11. Шапошников Ю.Г. Оценка течения регенеративных процессов в ранах. // Хирургия. - 1984. - № 4. – С. 11 – 13.
12. Шорох Г.П. Лазеры и плазменный скальпель в неотложной абдоминальной хирургии.- Минск. – 1993. – 259с.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ МАЛОИНВАЗИВНЫМ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИМ ЛИЗИСОМ*А.И. Гассинец**ПНИЛ СГМА «Ультразвуковые исследования и малоинвазивные технологии»*

В настоящее время активно разрабатываются новые методики локального лечения очаговых поражений печени злокачественного генеза [2,3,4]. Известен способ локального лечения метастазов в печени путем электрохимического лизиса (ЭХЛ). Сущность данного метода состоит в том, что генератор прямого тока между парой электродов (анод и катод) приводит к разрушению (лизису) тканей печени и метастаза с образованием в зоне катода щелочи и водорода, а в зоне анода соляной кислоты и кислорода. Лизис (один или несколько сеансов с силой тока не менее 80 мА и длительностью 30-45 мин.) проводят как чрескожно, так и интраоперационно под УЗ – мониторингом с выявлением специфического УЗ – эффекта в виде появления эхопозитивного образования вокруг электрода, сохраняющего стабильные размеры в течение 24 часов [1,5]. Недостатком данного способа являются применение биполярного электрода с неизменяемым расстоянием между анодом и катодом, что не позволяет проводить моделирование зоны некроза в соответствии с формой злокачественного поражения, а так же малая площадь электродов, что не позволяет достичь объема некроза более 30 мм в диаметре [6,7].

Сущность способа лечения злокачественных очаговых поражений печени путем ЭХЛ под УЗ-контролем заключается в том, что ЭХЛ проводят монополярными электродами с заранее установленной активной частью длиной 1/3 диаметра очага, которые вводят в очаг параллельно друг другу на расстоянии между ними равном 1/3 диаметра очага, но не менее 20 мм, при этом анод располагают ближе к периферии органа, где локализуется очаг.

Положение о расположении электродов по отношению друг к другу, включая активную часть, вокруг которой непосредственно происходит лизис на расстоянии в 1/3 диаметра (но не более 20мм), обосновано научными работами с экспериментальными животными [8]. Именно на таком расстоянии зона некроза между электродами гомогенна и не содержит целых атипичных клеток после лизиса. Изменяемая активная часть платиновых электродов позволяет заранее моделировать форму некроза, который будет возникать во время ЭХЛ.

Способ осуществляется следующим образом: проводят морфологическую верификацию выявленных очагов в печени, затем анализируют все клинические и инструментальные данные для подбора схемы проведения ЭХЛ. При УЗ – исследовании стандартным УЗ-датчиком определяют локализацию очага в печени, производят мысленную фрагментацию очага на 3 зоны перпендикулярными друг другу линиями. Определяют траектории введения монополярных электродов в очаг таким образом, чтобы после введения анод располагался к периферии печени, а катод ближе к центру органа.

Включают прибор постоянного тока ECU-300(фирмы SORING, Германия) и устанавливают стандартные параметры работы, зависящие от размера метастаза (сила тока-80-100 мА, время лизиса 20-40 минут). Длину активной части монополярных электродов устанавливают заранее, равной 1/3 диаметра очага. В центр метастаза чрескожно под УЗ-контролем вводят две бионсийные иглы, затем в просвет игл проводят монополярные электроды, иглы удаляют и начинают лизис.

Оценку эффективности лизиса проводят по стандартной методике, основанной на появлении на экране УЗ-прибора округлого эхопозитивного образования, которое к концу сеанса ЭХЛ должно захватить весь объем очага и не менее 5 мм вокруг него. Это образование должно сохранять свои размеры не менее 24 часов после лизиса. Только в этом случае в зоне данно-

го эхопозитивного образования имеется полный некроз тканей, что и является конечной целью ЭХЛ. При отсутствии этих признаков сеансы ЭХЛ повторяют до тех пор, пока весь объем метастаза не будет захвачен эхопозитивным образованием.

Предложенный способ применен у 21 больного с метастазами в печень из различных первичных опухолей. Все больные были оперированы 1-5 лет назад, проводились курсы химиотерапии, в течение последних 6-13 месяцев наблюдался прогресс заболевания в виде единичных метастазов в печень. После информированного согласия больных им проведены: 1 сеанс у 3 человек, 2 сеанса - у 14 и 3 сеанса у 4 больных. Количество сеансов зависело от количества и размеров метастазов. Критерием эффективности ЭХЛ являлось появление эхопозитивного образования в зоне метастаза с его полным покрытием и захватом 5-6 мм нормальной паренхимы печени, что соответствовало полному некрозу тканей (стандартная методика).

Таким образом, предлагаемый способ ЭХЛ метастазов в печень имеет преимущества среди малоинвазивных методов паллиативного лечения данного контингента больных, т.к. он относительно прост, малотравматичен, контролируем и воспроизводим.

Литература

1. Борсуков А.В./ Заявка на изобретение №2002117692/ 14(018589), дата регистрации 2.07.02г.).
2. Гранов Д.А., Таразов П.Г. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства в лечении злокачественных опухолей печени.- СПб, Фолио.- 2002.- 287с.
3. Комов Д.В., Рошин Е.В., Гуртовая И.Б. Лекарственное лечение первичного и метастатического рака печени.- М.- 2002.- 157с.
4. Пономарев А.А., Куликов Е.П., Караваев Н.С. Опухоли и опухолеподобные образования печени и желчных протоков.- Рязань.- 2000.- 373с.
5. Baxter PS, Wemyss-Holden SA, Dennison AR, Maddern GJ. Electrochemically induced hepatic necrosis: the next step forward in patients with unresectable liver tumours? Aust NZJ Surg 1998; 68: 637-40.
6. Lao YH, Ge TG, Zheng XL, Zhang JZ, Hua YW, Mao SM. Electrochemical therapy for intermediate and advanced liver cancer: a report of 50 cases. Eur J Surg Suppl -1994.- 574.-P. 51-3.
7. Livraghi T, Goldberg SN, Monti F, Bizzini A, Lazzaroni S, Meloni F. Saline-enhanced radio-frequency tissue ablation in the treatment of liver metastases. Radiology- 2002.-P.205-10.
8. Wemyss-Holden S.A., A.R.Dennison, G.J. Finch, de la M. Hall and G.J.Maddern. Electrolytic ablation as an adjunct to liver resection: experimental studies of predictability and safety. British Journal of Surgery- 2002.- 89.-P. 579-585.

УДК 616.441-006.03-08

ПЕРВЫЙ ОПЫТ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭТАНОЛОМ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.А. Денисов

Калининградская больница I У, Северо-западный окружной медицинский центр МЗ РФ

В настоящее время в многочисленных статьях отечественных и зарубежных авторов Александров Ю.К., 1998; Барсуков А.Н., 2000; Бубнов А.Н., 2002; Lippi F. et al., 1996; Martino E. et al., 2000) уже доказана высокая эффективность чрескожной склерозирующей терапии этанолом (ЧСТЭ) при кистах и кистозных узловых образованиях щитовидной железы (ЩЖ). Данный метод нередко является щадящей альтернативой хирургическому лечению, ввиду его малоинвазивности, возможности применения в амбулаторных условиях, малой вероятностью серьезных осложнений при корректном проведении манипуляции.

Хочется отметить, что при солитарных кистозных образованиях ЩЖ, большинство авторов операцией выбора считают гемиструмэктомию с истмусэктомией, в то время, когда хирургическое вмешательство во всем мире становится максимально органосберегающим. Это чаще обусловлено высокой онконастороженностью хирургов. Но в то же время утвердился обязательный принцип обследования пациентов с узловыми образованиями ЩЖ. Это УЗИ,

профиль гормонов и тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) с последующим цитологическим исследованием пунктата. Данный скрининг позволяет судить о природе образования и дальнейшей тактике лечения. Доказана большая диагностическая ценность ТАБ в выявлении рака ЩЖ. Именно поэтому высокая эффективность ЧСТЭ, прекрасный косметический эффект, а также максимальное сохранение неизменённой тиреоидной ткани является несомненным преимуществом ЧСТЭ кист и кистозных узловых образований перед оперативным лечением.

Наш небольшой опыт применения ЧСТЭ при кистах щитовидной железы включает 12 пациентов в возрасте 18-45 лет (11 женщин и 1 мужчина 34-х лет). Лечение проводилось только после обязательного скрининга, включающего в себя УЗ-сканирование, исследование профиля гормонов и ТАБ. ТАБ всегда проводилась под УЗ-контролем с помощью аппарата Kretz Voluson 530D и использованием электронного линейного датчика 10,5-4,0 МГц. Для исследования брались содержимое кисты и ткань щитовидной железы возле капсулы кисты. Цитологическое исследование подтверждало доброкачественную природу образования.

Объём кистозных образований колебался от 8,4 до 42,4 мл, содержимым их в большинстве случаев был светлый коллоид, в 3-х случаях выявлены шоколадные кисты. Перед ЧСТЭ проводилась эвакуация содержимого кистозной полости, а затем через ту же иглу, находящуюся в просвете кисты вводили 96% этанол в объёме, равном половине объёма удалённого коллоида. Максимальным объёмом вводимого спирта было 1,5 мл. Через 2 минуты остатки спирта аспирировали из полости. Повторные манипуляции, при необходимости, осуществляли с интервалом в 1 неделю. В 2-х случаях было достаточно одной инъекции этанола, в 3-х наблюдениях – двух. В большинстве случаев необходимо было 3 сеанса ЧСТЭ (6 пациентов) и одному пациенту потребовалось 4 сеанса.

При контрольной ультрасонографии через 2-3 месяца либо не обнаруживали очаговых изменений в тиреоидной ткани, либо выявляли гипозоногенный участок склероза объёмом не более 0,2-0,6 мл. Осложнений при проведении ЧСТЭ не было. Две пациентки отмечали кратковременный болевой синдром, купировавшийся самостоятельно.

Таким образом, метод ЧСТЭ может успешно использоваться для лечения солитарных кист ЩЖ, являясь выгодной альтернативой хирургическому лечению. А поскольку супрессивная терапия L-тироксином при кистозных образованиях практически неэффективна, ЧСТЭ можно рассматривать как метод выбора нехирургического лечения доброкачественных кистозных образований ЩЖ.

Литература

1. Александров Ю.К. Пункционные методы в диагностике и лечении заболеваний щитовидной железы. - Ярославль: МП «Диабет», - 1996. - 108 с.
2. Барсуков А. Н., Коноплев О.А., Чеботарёв Н.В., Толпыго В.А. Склерозирующая терапия доброкачественных новообразований щитовидной железы //Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы IX (XI) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Челябинск, 2000. – С.46-50.
3. Бубнов А.Н., Кузьмичёв А.С., Гринёва Е.Н., Трунни Е.М. Заболевания щитовидной железы. Часть I. Узловой зоб. – СПб., 2002. – 96 с.
4. Lippi F., Ferrari C., Manetti L. et al. Treatment of solitary autonomous thyroid nodules by percutaneous ethanol injection: results of an Italy multicenter study. The Multicenter Study Group // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 1996. - Vol. 81, N 9. - P. 3261-4.
5. Martino E., Bogassi F. Percutaneous ethanol injection for thyroid diseases. // Thyroid International. – 2000. – N. 5. – P. 3-9.

МЕТАХРОННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОСЛЕ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ СОЛИТАРНЫХ ОПУХОЛЕЙ

В.М. Зиневич

Смоленский областной онкологический клинический диспансер

В статье проанализированы 118 случаев метакронных злокачественных опухолей, развившихся после химиолучевого лечения 333 солитарных опухолей. Показана необходимость пожизненного диспансерного наблюдения за онкологическими больными для своевременного выявления первично-множественных опухолей.

Канцерогенный эффект рентгеновских лучей выявлен вскоре после их открытия [3,5,8], как и многих цитостатических препаратов [7,9]. Большинство авторов признает, что одной из причин развития вторых и последующих злокачественных опухолей является иммунодепрессия вследствие химиолучевого лечения предыдущих опухолей [2,5,6,9,10]. На первый план выдвигается представление о возникновении опухолей за пределами полей облучения в связи с иммунодепрессией [6,8]. Вероятность метакронных опухолей у больных, излеченных от злокачественной опухоли, значительно выше, чем у практически здоровых лиц [12]. Индуцированные опухоли возникают через различные сроки после проведения терапии первой опухоли с интервалом от 6 месяцев до 40 лет. Длительность ремиссии не исключает развития второй метакронной злокачественной опухоли, которая часто в общей лечебной сети расценивается как метастатическая и ошибочно назначается неадекватное паллиативное или симптоматическое лечение [1,4].

Установлено, что одновременное или последовательное применение облучения и алкализирующих препаратов обладает синхронным лейкомогенным действием [11]. Риск заболевания острым лейкозом после приема алкализирующих соединений у больных лимфогранулематозом возрастает в 20-30 раз [13]. Индуцированные опухоли, развившиеся после полихимиотерапии и лучевого лечения, протекают значительно агрессивнее, злокачественнее [4,13].

В наших наблюдениях широко применялись лучевая терапия, моно- и полихимиотерапия (40,8%) при лечении первой солитарной опухоли по отношению к контингенту из 816 больных с метакронными опухолями (табл. 1).

Таблица 1 Распределение больных в зависимости от пола и вида терапии первой солитарной опухоли и второй метакронной индуцированной опухоли

Вид терапии	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Лучевая	72/42	58,3	164/55	33,5	236/97	44,1
Химиотерап	16/14	87,5	42/2	4,7	58/16	27,5
Химиолучева	7/1	14,2	32/4	12,5	39/5	12,8
Итого	95/57	60	238/61	25,6	333/118	35,4

Примечание. Числитель - число больных с солитарными опухолями, знаменатель - число больных с метакронными индуцированными опухолями.

Наиболее часто применялась лучевая терапия при лечении первой злокачественной опухоли (44,1%), значительно реже химиотерапия (27,8%). Вторая индуцированная злокачественная опухоль чаще наблюдалась среди мужчин, особенно при интенсивной химиотерапии, и у женщин при лучевой терапии.

Индуцированные опухоли выявлены у 118 (35,4%) больных. Наиболее канцерогенным видом оказалась лучевая терапия, впоследствии индуцированные опухоли выявлены у 58,3% мужчин и 33,5% женщин. Чаще индуцированные опухоли диагностированы у больных, получавших хи-

химиотерапию - у 87,5% мужчин и реже у женщин - 4,7%. После химиолучевой терапии число метакронных индуцированных опухолей у мужчин и женщин было примерно одинаковым. После окончания лечения первой солидной опухоли у 10 больных были зарегистрированы гемобластозы. Латентный период между метакронными опухолями колебался от 1 года до 24 лет, при этом в 6 случаях от 1 года до 6 лет. Гемобластозы, как показывают наши материалы, чаще наблюдались у женщин (7 случаев) в возрасте от 45 до 87 лет (табл. 2).

Таблица 2 Клинико-морфологические характеристики первой опухоли и гемобластоза

№	Пол	Возраст при выявлении первой опухоли	Стадия первой опухоли локализация	Гистологический и вариант	Вид терапии первой опухоли	Длительность интервала годы	Гемобластозы
1	Ж	45	Шейка матки, T1	Плоскоклеточный неороговевающий	Хирургическое + лучевое	24	Хронический лимфолейкоз
2	Ж	61	Молочная железа, T3	Инфильтрирующий протоковый	Хирургическое + полихимиотерапия	5	Хронический миелолейкоз
3	Ж	60	Молочная железа, T3	Аденокарцинома	Хирургическое + лучевое	11	Хронический лимфолейкоз
4	Ж	73	Кожа лица, T1	Базалиома	Хирургическое + лучевое	6	Хронический лимфолейкоз
5	Ж	72	Кожа верхней губы, T1	Базалиома	Лучевое	1	Хронический лимфолейкоз
6	Ж	52	Молочная железа, T2	Солидный	Лучевое	14	Острый недифференцированный лейкоз
7	Ж	87	Кожа левой голени, T3	Плоскоклеточный ороговевающий	Хирургическое + лучевое	3	Лимфосаркома СтНБ
8	М	62	Легкое, T3	Плоскоклеточный ороговевающий	Лучевое	1	Хронический лимфолейкоз
9	М	46	Желудок, T2	Низкодифференцированная аденокарцинома	Хирургическое + лучевое	2	Хронический лимфолейкоз
10	М	65	Нижняя губа, T2	Плоскоклеточный неороговевающий	лучевое	4	Миеломная болезнь

Во всех случаях несомненна индуцирующая роль предшествующего иммунодепрессивного, канцерогенного лечения, т.к. 9 больных получали лучевую терапию и 1-полихимиотерапию для лечения первой опухоли.

В старших возрастных группах интервал между солидной опухолью и индуцированным гемобластозом значительно уменьшается, наблюдается агрессивное течение гемобластоза.

После окончания лечения лимфогранулематоза у 3 женщин диагностированы метакронные злокачественные новообразования молочной железы (табл. 3). У первой больной молочная железа как "критический" орган находилась в зоне радиационного воздействия в сочетании с дополнительной полихимиотерапией, что, несомненно, индуцировало злокачественное новообразование молочной железы.

Таблица 3. Рак молочной железы у больных лимфогранулематозом в зависимости от возраста, стадии, вида терапии и длительности интервала

Пол	Возраст при обнаружении первой опухоли	Стадия лимфогранулематоза	Вид терапии первой опухоли	Длительность интервала, годы	Локализация и стадия метастатической индуцированной опухоли	Гистологический вариант метастатической опухоли
Ж	27	II Б	Лучевая-полихимиотерапия	24	Молочная железа Т2Т1М0	Аденокарцинома
Ж	31	II А	Полихимиотерапия	36	Молочная железа Т3М0М0	Аденокарцинома
Ж	83	II А	Лучевая-полихимиотерапия	1	Молочная железа Т3М0М0	Аденокарцинома

Во втором случае злокачественное новообразование молочной железы развилось в связи с иммунодепрессией после интенсивной полихимиотерапии через 36 лет после окончания лечения лимфогранулематоза. В обоих случаях при установлении диагноза лимфогранулематоза женщины находились в молодом возрасте и несмотря на длительную ремиссию, развились тяжелые осложнения в виде индуцированных опухолей молочных желез. В третьем случае у 83-летней больной было поражение подмышечных и надключичных лимфатических узлов и "критическим" органом при проведении лучевой терапии лимфогранулематоза оказалась молочная железа.

Высокой чувствительностью к канцерогенному действию радиации и полихимиотерапии, как свидетельствуют данные эпидемиологических и клинических исследований, обладают молочные железы, особенно в молодом возрасте. Проявлением поздних осложнений лечения, несмотря на длительную ремиссию в отдельных случаях после радикальной лучевой терапии, является индуцированная опухоль, протекающая более злокачественно.

Выводы

1. Заболеваемость вторыми злокачественными опухолями существенно повышается после иммунодепрессивной терапии солитарных опухолей.
2. Учитывая высокий риск возникновения индуцированных опухолей молочной железы всех больных с солитарными злокачественными новообразованиями и особенно после химиолучевого лечения необходимо более строго обследовать с применением клинического, морфологического, эндоскопического и ультразвукового методов исследования.
3. Онкологические больные должны находиться под диспансерным наблюдением по-жизненно.

Литература

1. Вагина Е.А. // Вопр. Онкол. -1986.-III.-с.49-52
2. Зисман И.Ф., Кириченко Г.Д. // Клинические аспекты первичной множественности злокачественных новообразований.-Киев, 1978.
3. Москалев Ю.И., Стрельцова В.Н., Василенко И.Я. // Вопр. Онкол.-Ю.-с.95-106.
4. Покровская Н.Н., Васыгова Н.Ф., Пендхаркард Я.Р., Панахов Д.М., Озерский А.И. // Вопр. Онкол.-1983.-II.-с.26-33.
5. Стрельцова В.Н. // Мед.радиология 1978.-К8.-С.83-90.
6. Brouet J.-C. Immunosuppression et cancer: aspects cliniques // Buiv/ cancer(Paris).-1983.-vol.70.-p.40-46.
7. Chabner H.A. Second neoplasm-a complication of cancer chemotherapy//N.Engl J.Med.-1977.-vol.297.-p.213-214.
8. Harwood A.R., Yatte M. Cancer in man after diagnostic or therapeutic irradiation//Cancer surveys.-1982.-vol. 1.-p.703-731.
9. Hoover R., Franmeni Jr. Drug-induced cancer// Cancer (Philad).-1981.-vol.47.-p. 1071-1080.
10. Kapp D.S., Fisher D., Grady K.L., Schwartz P.E. subsequent malignancies associated with carcinoma of the effect of patient and treatment parameters of incidence and sites of metachronous malignancies// J. Urol.-1983.-vol. 139.-p. 1250.
11. Kirchbaum A., Shapiro J.R., Mixer H.W. -Cancer Res.-1959.-vol.13.-p.262-270.

12. Moertel C. Multiple primary malignant neoplasms. I. Introduction and presentation of the data. *Cancer (Philad)*, 1961, v.14. p.221.
13. Reimer R.R. Opinion risk of a second malignancy related to the of cytotoxic chemotherapy//*Ca.*-1982.-vol.32.- p.286-292.

УДК 618.3: 616.98+616-053.31

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОЙ MIXED-ИНФЕКЦИИ У МАТЕРЕЙ

В. И. Картузов, И.А. Корженко

Смоленская государственная медицинская академия

Снижение перинатальных потерь является одной из самых главных задач акушерства и перинатологии [2,3]. В современных условиях одной из причин таких потерь является поражение женских половых органов mixed-инфекцией, представляющее собой колонизацию гениталий женщин несколькими видами возбудителей: вирусами, бактериями, простейшими [1,4].

С целью изучения особенностей состояния при рождении и течения раннего неонатального периода у детей, рождённых матерями с генитальной mixed-инфекцией (микроорганизмы рода *Chlamidia*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma* и вирусов семейства *Herpesviridae*- ВПГ и ЦМВ), нами было обследовано 54 доношенных ребёнка, родившихся в Калининградском областном родильном доме №1.

Проводились клиническая оценка состояния ребёнка, микроскопия содержимого желудка новорождённых, исследование крови на наличие иммуноглобулинов классов G и M методом ИФА, контроль уровня билирубина крови в динамике и нейросонография. Диагноз внутриутробной гипоксии ставился во время беременности и в родах на основании динамического кардиомониторирования плода и данных анализа кислотно-основного состава крови из пуповины, взятой при рождении ребёнка. последний являлся решающим в верификации гипоксического состояния ребёнка на момент рождения.

Группы новорожденных формировали в зависимости от наличия и характера течения генитального инфекционного процесса у матерей во время беременности. В 1 группу были включены 15 детей, матери которых перенесли обострение генитальной инфекции во время беременности. Вторую группу составил 21 ребёнок от матерей, беременность которых протекала на фоне персистирующего инфекционного процесса, но без диагностированных случаев его обострения во время беременности. Группу контроля составили 18 новорожденных от матерей, при обследовании которых инфекционного поражения генитального тракта выявлено не было.

Оценку по шкале Апгар в 7 баллов и ниже на 1-й минуте имели 3 ребёнка 1-й группы и 2 ребёнка 2-й группы. На 5-й минуте только 2 новорождённым из 1-й группы была выставлена оценка 7 баллов. В контрольной группе ни один ребёнок при рождении не был оценен ниже 8 баллов. Таким образом, дети матерей с генитальной mixed-инфекцией имели более низкую оценку по шкале Апгар. Показатели Ph крови во всех трех группах составили 7,182-7,543 ед., коррелируя с оценкой по шкале Апгар, причём сдвиг Ph как в сторону ацидоза, так и в сторону алкалоза в одинаковой мере соответствовал тяжести состояния новорожденного.

Нарушение процессов адаптации было выявлено у 3 (20,0%) детей первой группы и у 2 (9,5%) новорожденных второй группы, в контрольной группе данной патологии отмечено не было. Синдром дыхательных расстройств (СДР) диагностирован в 2 наблюдениях первой группы (13,3%). Во второй группе и группе сравнения детей с СДР не было.

Средняя масса тела детей 1-й группы была несколько ниже, чем в остальных группах: 3340 ± 194 г, во 2-й группе – 3420 ± 156 г, в группе сравнения – 3510 ± 218 г. Максимальное снижение массы тела также наблюдалось у детей 1-й группы – на 4,43% от первоначальной массы тела, 2-й группы – на 3,91%, контрольной – на 3,47%.

Неонатальная желтуха отмечалась у 8 новорожденных 1-й группы (53,3%) и у 9 детей 2-й группы (42,9%), что реже, чем в группе сравнения (4 наблюдения – 22,2%). Наиболее высокие показатели максимального среднего уровня гипербилирубинемии были у детей, матери которых перенесли обострение генитальной инфекции – 224 ммоль/мл. Средний максимальный уровень билирубина в крови детей второй группы составил 210 ммоль/мл, в контрольной группе – 148 ммоль/мл.

С признаками внутриутробной инфекции родилось 2 (13,3%) детей первой группы, во второй группе – 1 ребенок (4,7%), в контрольной группе признаков внутриутробного инфицирования зафиксировано не было. Признаки реализации внутриутробного инфицирования в раннем неонатальном периоде диагностированы только в первой группе – 2 наблюдения (13,3%). При обследовании новорожденных на маркеры mixed-инфекции при помощи методов ИФА положительные результаты получены у детей первой группы в 13 (86,7%), во второй группе – в 15 (71,4%), в группе контроля – в 8 (44,4%) наблюдениях. В высоком титре маркеры инфекционного процесса обнаружены только у 2 (13,3%) новорожденных первой группы.

При проведении новорожденным нейросонографии отклонения от нормы выявлены только у детей обеих групп наблюдения (у 2 новорожденных первой группы (13,3%) и 1 ребенка (4,8%) второй).

Из 15 новорожденных первой группы 9 (60,0%) нуждались в терапии в условиях отделения патологии новорожденных (ОПН), а 2 (13,3%) из них потребовали дальнейшего перевода в детскую областную больницу (ДОБ). Во второй группе 8 (38%) новорожденных пролечены в условиях ОПН, а в ДОБ перевода не потребовал ни один ребенок. В группе сравнения перевод в ОПН отмечен в 3 наблюдениях (16,6%), из них ни один не переведен в ДОБ.

Таким образом, генитальная mixed-инфекция у беременной женщины, осложняя течение гестационного процесса, снижает адаптационные возможности новорожденного. Дети от матерей с активным генитальным инфекционным процессом могут быть отнесены в группу повышенного риска по развитию перинатальных осложнений.

Литература

1. Глуховец Б. И., Глуховец Н. Г. Патогенетические основы внутриутробных инфекций // Архив патологии.- 1997.-№5.-38-40с.
2. Самсыгина Г. А. Современные проблемы внутриутробных инфекций // Педиатрия.-1997.-№5.-34-36с.
3. Цинзерлинг В.А, Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. Практическое руководство. СПб.: Элби СПб, 2002.-352с.
4. Hoge W., Buffone G., Hoge J. Prenatal diagnosis of cytomegalovirus infection: a preliminary report // Prenat. Diagn.- 1993.-V.13.-p.131-136.

УДК: 618.3:616.972

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МАЛОВОДИИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СИФИЛИС

Е.Б. Кострова, С.Б. Крюковский, С.С. Томашева, Н.В. Омарова

Смоленская государственная медицинская академия

Частота маловодия колеблется от 0,7 до 5,5% (Сичинава Л.Г., Горюшина Н.Б., 2003). В последнее время маловодию придается большое значение как маркеру хронической гипоксии плода. Уменьшение количества околоплодных вод возникает на фоне ФПН и осложняет течение беременности. Нами проведено обследование 71 женщины с указанием на сифилис в анамнезе. Среди данной категории частота встречаемости маловодия составила 35,2% (n=25).

Диагноз маловодия устанавливался на основании УЗИ с вычислением индекса амниотической жидкости (ИАЖ), определении количества околоплодных вод при амниотомии.

Выявлена зависимость между степенью выраженности маловодия и характером гемодинамических нарушений в системе мать – плацента – плод. При умеренном маловодии изменения кровотока отмечались только в маточном кровотоке, при выраженном маловодии – в плодово-плацентарном.

При доплерометрии кровотока в системе мать-плацента-плод при маловодии у 13 (52,0%) беременных выявлены изменения гемодинамики различной степени тяжести.

Состояние сердечной деятельности плодов при маловодии, по данным кардиотокограмм, в 68% наблюдений оценивалось как удовлетворительное (8-9 баллов). У остальных беременных (32%) отмечены умеренные признаки страдания плода (у 1 – 5-6 баллов, у 7 – 7-8 баллов).

На основании данных фетометрии у 4 (16%) беременных диагностирована ЗВУР плода.

В группе беременных с маловодием все дети родились живыми. У 22 (88%) детей при рождении оценка по шкале АПГАР соответствовала 8-9 баллам, в 12% наблюдений отмечалась асфиксия различной степени тяжести. Асфиксия при выраженном маловодии диагностировалась чаще, чем при умеренном. У 4% детей, родившихся при выраженном маловодии, выявлена кефалогематома, у 8% - нарушение гемодинамики.

Частота абдоминального родоразрешения при маловодии составила 16%, показаниями к кесареву сечению явились внутриутробная гипоксия плода и слабость родовой деятельности.

Полученные данные свидетельствуют о том, что беременные с маловодием представляют группу высокого риска в плане развития неблагоприятных перинатальных исходов.

УДК 616.33-002.44:612.014.464: 546.214

ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

А. Д. Лелянов, В. А. Будрин, А. С. Новиков

Смоленская государственная медицинская академия

Высокая распространенность язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки обуславливает непреходящую актуальность данной проблемы. По статистическим данным, язвенная болезнь встречается в 8-10% случаев среди мужского населения, значи-

тельно возросла частота осложненных форм [5,8,22]. Рост заболеваемости язвенной болезнью связывают с продолжающейся урбанизацией, загрязнением внешней среды, нерегулярным питанием, употреблением пищевых продуктов с различными химическими добавками, бесконтрольным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов [16,27,28]. Хроническое течение заболевания, сопровождающееся сезонными обострениями, приводит к временной утрате трудоспособности, а иногда и к инвалидности наиболее работоспособной части населения, что определяет социальный характер заболевания [5,16].

Вопросы этиологии и патогенеза язвенной болезни продолжают оставаться дискуссионными, несмотря на огромное количество исследований, проводимых во всем мире. В современной гастроэнтерологии большинством исследователей язвенная болезнь считается полиэтиологическим заболеванием со сложным патогенезом. Если ранее основную роль отводили кислотно-пептическому фактору и нарушениям гастродуоденальной моторики, то сейчас все большее число исследователей одной из главных причин язвобразования считают спиралевидный микроорганизм – *Helicobacter pylori* (Hр) [9,10,16]. Колонии этих микробов поселяются как в поверхностных, так и в глубоких слоях слизистой, межклеточных пространствах, т. е. местах, труднодоступных действию антибиотиков [1]. Появляется все большее количество публикаций, в которых высказывается предположение, что патологическое действие Hр на гастродуоденальную слизистую оболочку возможно только у той части больных, у которых сформировалась недостаточность защитных, в первую очередь, иммунных механизмов, и только сочетанное влияние Hр и иммунологических нарушений может в определенных условиях вызвать развитие язвенной болезни [1,6,11,20, 25].

Выбор оптимальной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки остается активно развивающейся проблемой современной гастроэнтерологии. Несмотря на определенные достижения фармакотерапии, включающей рациональное сочетание антибактериальных и антисекреторных препаратов, эффективность применяемых схем лечения составляет 70-90% [13,22]. Частота рецидивов язвы остается высокой – до 80% в течение 3-х лет, и не имеет тенденции к снижению, а процент осложненных форм заболевания неуклонно растет [27,28]. Отчасти это связано с высокой стоимостью современных противоязвенных препаратов, ограничивающей их доступность малообеспеченным пациентам. Включение в схемы лечения антибиотиков широкого спектра действия повышает риск развития различных осложнений – аллергизации организма, дисбактериоза кишечника, развития грибковых заболеваний [10,11,14], отмечается значительное увеличение числа антибиотикорезистентных штаммов Hр [16].

Все это побуждает к поиску новых методов терапии язвенной болезни, в том числе немедикаментозных. Наименее внимание привлек метод озонотерапии (ОТ), широко используемый во многих областях медицины [27]. В настоящее время изучены и доказаны следующие действия озонотерапии: детоксикационное и бактерицидное – в отношении широкого спектра патогенной микрофлоры, включая грибки и вирусы [4,18,29]; противовоспалительное – за счет окисления арахидоновой кислоты – предшественницы простагландина E, запускающего воспалительный процесс [23]; анальгезирующее и иммуномодулирующее – отмечается выраженное нормализующее действие на общий и местный иммунитет [12,19,21]; репаративное – за счет усиления кислородного метаболизма тканей, улучшения микроциркуляции [2,10,11]

Успешное внедрение методов ОТ в медицинскую практику заставляет специалистов более внимательно анализировать имеющиеся сведения о физико-химических свойствах озона и механизмах его лечебного действия. Экспериментально-клинические исследова-

ния показали, что озон обладает мощным адаптогенным действием, восстанавливает нарушенный окислительно-восстановительный потенциал организма; при исходном прооксидантном сдвиге, который характерен для фазы обострения язвенной болезни, он активизирует систему антиоксидантной защиты, и наоборот, при исходной избыточности АОС, имеющей место в случаях хронических, вялотекущих процессов, озон индуцирует прооксидантный сдвиг, снижая до нормальных величин показатели антиоксидантной системы [11,18].

В связи с высоким окислительным потенциалом и широким внедрением методов ОТ в медицинскую практику исследовали генотоксичность озона на хромосомном уровне [27]. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии у озона генотоксического действия. По мнению авторов, вводимый в организм озон с огромной скоростью выборочно реагирует с ненасыщенными жирными кислотами, имеющими двойные связи. При этом образуются гидропероксиды, активирующие энзимы (супероксиддисмутазу, глутатионредуктазу, глутатионпероксидазу), которые являются основными компонентами антиоксидантной системы. В этих условиях озон не может негативно действовать на хромосомы, так как возросшая антиоксидантная активность крови исключает возможность повышения продуктов перекисного окисления липидов.

Интраректальное введение мышам озона в дозах, многократно превышавших терапевтический уровень, использующийся у людей, не вызывало изменений в хромосомах у экспериментальных животных, а также в мышинных эмбрионах [27]. Высокие дозы озона не вызывали структурно-морфологических изменений внутренних органов (сердца, легких, печени, почек). Тромбоциты, нейтрофилы, базофилы, лимфоциты и эритроциты сохраняли нормальную структуру в нормо- и гипербарических условиях при концентрации озона до 80 мкг/мл [26,28].

Таким образом, озон, воздействуя практически на все основные патогенетические механизмы развития язвенной болезни, в терапевтических дозах не оказывает отрицательного влияния на организм, чем выгодно отличается от используемых в лечении медикаментозных средств.

На сегодняшний день существует более 40 вариантов применения озона. Наиболее широко используют пероральное и внутривенное введение озонированных растворов, большую и малую аутогемотерапию, ректальное и подкожное введение газообразного озона.

Методы ОТ начали использовать в лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического гастрита, хронического колита [10,11]. После успешного освоения используемых авторами методик были выявлены их достоинства и недостатки. Так, при несомненно положительном влиянии на иммунную систему, уровень перекисного окисления липидов и другие показатели гомеостаза, предлагаемые методики использования озона, как показали исследования, недостаточно воздействуют на субстрат болезни – язвенное поражение слизистой. Даже прием *per os* озонированной дистиллированной воды нельзя в полном смысле назвать местным лечением язв, так как содержащийся в растворах озон практически полностью расходуется при взаимодействии со слизистой ротовой полости и пищевода.

В этой связи заслуживают внимание работы, в которых авторы применяют подведенное озона непосредственно к гастродуоденальной язве [14,19,24]. Высокий лечебный эффект получен при интрагастральном введении озонкислородной газовой смеси через тонкий назогастральный зонд или при фиброгастродуоденоскопии [17]. Однако при указанном

способе воздействие озона на слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки непродолжительно из-за высокой скорости биохимических реакций. Для пролонгирования лечебного действия озона фирмой "Медозон" (г. Москва) было разработано и внедрено в клиническую практику озонированное масло, представляющее собой раствор озонидов ненасыщенных карбоновых кислот природного происхождения в масле. В последнее время в литературе появилось множество сообщений об успешном применении озонированного масла в лечении различных заболеваний, в том числе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [10,11,24]. Авторы предлагают пероральный прием озонированного масла в дозировках от 10 до 15 мл 3 раза в день за 10-15 минут до приема пищи. Недостатком данного метода является высокий расход масла (достаточно дорогостоящего), при этом в область язвенного дефекта попадает лишь незначительное количество препарата.

В литературе имеются лишь единичные сообщения об аппликации озонированным маслом язвы при ФГДС [24]. Для обработки язвенного дефекта расходуется 5-6 мл масла, подводимого через тefлоновый катетер, установленный в биопсионном канале эндоскопа. Авторы отмечают возможность длительной (от 24 до 48 часов) фиксации препарата на поверхности язвы. При этом озон, медленно освобождается из связанного состояния и оказывает пролонгированное лечебное действие.

Таким образом, сообщения в литературе свидетельствуют о высокой эффективности озона в лечении гастродуоденальных язв. Вместе с тем в публикациях не отражены вопросы о влиянии озона на гастродуоденальную моторику, гистоморфологическую динамику заживления язв и эрадикацию *Нр* при регионарной ОТ, что требует дальнейших исследований.

Литература

1. Аруин Л. И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.-1998. – С.77-100
2. Атясов Н.И., Газин И.А. Озонированный физиологический раствор в комплексном лечении метаболических нарушений при декомпенсированном сахарном диабете// Матер.IV Всероссийской научно-практической конференции «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». - Н.Новгород. - 2000. – С. 93-94.
3. Векслер Н.Ю., Чистов В.П., Германова Т.А. и соавт. Озонотерапия в комплексном лечении у больных с заболеваниями брюшной полости, осложненными диффузным перитонитом // Реаниматология и интенсивная терапия (Приложение).- 2000.- №4. - С. 71-72.
4. Винник Ю.С., Якимов С.В., Апишина О.В., Якимова В.Б. Применение озонированного физиологического раствора при санациях брюшной полости у больных, оперированных по поводу панкреонекроза// Матер.IV Всероссийской научно-практической конференции «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». - Н.Новгород. - 2000. - С.77-78.
5. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология: Учебник для студентов медицинских вузов, врачей и курсантов учреждений последипломного образования. М.: Медицинское информационное агентство, 2001 – 704 с.
6. Елишин Н.М., Фоменко Ю.В., Гордова Т.И. Гастродуоденальная язва и иммунный ответ // Intern J. of Immunol. 1998/- №8. – С. 111-128.
7. Журавлев Г.Ю. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Липецк, 1997.-16 с.
8. «Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2002 г.» Статистические материалы МЗ РФ, 2003.
9. Исаков В.А. // Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*: 2-й международный симпозиум.- М., 1999,-С. 12-14
10. Каратаев С. Д. Озонотерапия хеликобактерзависимых заболеваний. Автореф. дис... докт. мед.наук. - М., 2000.. – 36 с.
11. Каратаев С.Д., Максимов В.А., Чернышев А.Л., Куликов А.Г. Озонотерапия хеликобактерзависимых заболеваний// Озон и методы эфферентной терапии в медицине: IV Всероссийская научно-практическая конференция. - Н.Новгород, 2000. – С.64-65.

12. Корабельников А.И., Аксаров Э.А., Оспанов А.Н. Динамика маркеров воспаления и иммунной системы под воздействием озонотерапии перитонита // Реаниматология и интенсивная терапия (Приложение).- 2000.- №4. – С.74-75.
13. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия.- 2000.- №1.- С. 27-32.
14. Куликов А.Г., Максимов В.А., Чернышев А.Л. и соавт. Микроциркуляторные аспекты озонотерапии // Реаниматология и интенсивная терапия (Приложение).- 2000.- №4. – С. 70.
15. Куликов А.Г., Щербина Т.М. Использование озона в лечении пациентов с гастродуоденальной патологией и сахарным диабетом // Матер. I Российского съезда геронтологов и гериатров. - Самара. - 1999. - С. 192-193.
16. Лапина Т.Л. Язвенная болезнь: возможности лечения на пороге нового века // Consilium medicum. - 2000. – Т.2, №7. – С. 275-279.
17. Леянов А.Д. Способ лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Патент №2098099 от 10.12.97 г.
18. Леянов А.Д. Альтернативные методы детоксикации и иммунокоррекции в лечении гнойно-воспалительной патологии органов брюшной полости: Дис... д-ра мед.наук.- Смоленск, 1999. – 285 с.
19. Махова З.С., Мизуров Н.А., Григорьев В.Н. Озонотерапия и иммунный статус у больных с анастомозитами после резекции желудка //Нижегородский медицинский журнал. Озонотерапия.- 2003.- С. 165-166.
20. Медведев А.П., Чижнев В.А., Боярников Г.А. и соавт. Применение озона в комплексном лечении инфекционного эндокардита // Реаниматология и интенсивная терапия (Приложение).- 2000.- №4. – С.51-52.
21. Мочалов А.Д., Котов С.А. Озонотерапия цефалгий // Реаниматология и интенсивная терапия (Приложение).- 2000.- №4. – С.33-34.
22. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: т.1. Диагностика органов пищеварения: -М.: Мед. лит., 2000. – 560 с.
23. Соколов А.А., Лаберко Л.А., Рыжкова Л.В. Озонотерапия в комплексном эндохирургическом лечении больных с синдромом механической желтухи // Нижегородский медицинский журнал. Озонотерапия.- 2003.- С. 81-82.
24. Чернеховская Н. Е., Мумладзе Р. Б., Сельцовский А. П., Интрагастральная озонотерапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки// Анналы хирургии.- 1999.- №6.- С. 116-120.
25. Ярема И.В., Евдокимов В.В., Уртабаев Б.М. и соавт. Местная иммунотерапия в клинической практике //Аллергол. И Иммунол. – 2001. – Т.2 -№1. – С. 125-136.
26. Bocci V. and Paulesu Z. Studies on the biological effects of interferon gamma on human leucocytes // Haematologia. – 1990. – P. 510-515.
27. Falmy Z // Ozone in medicine.- 10-th Ozone World Congress.-San Francisco, 1993.- P. M3-22.
28. Greenberg J. An electron microscopucal examination of cellular constituents of human whole blood after in vitro exposure of ozone gas// Ozone in medicine.- San Francisco, USA, 1993. - M.1. – P.15-18.
29. Laine L. Peptic ulcer disease: where are we and where do we go from here? AGA Postgraduate Course. May 18-19, 2002. Course syllabus. – San Francisco, 2002. – P. 20-25
30. Rilling/ The basic clinical applications of ozone therapy// Oznachrichten. 1985. – vol. 4. – P. 7-17.

УДК 618.5-08

РОЛЬ ПРОГРАММИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ РОДОВ В СНИЖЕНИИ ЧАСТОТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Е.И. Мариновичева

Смоленская государственная медицинская академия

Несмотря на широкое использование в родах средств, регулирующих сократительную деятельность матки, аномалии родовой деятельности занимают одно из первых мест в структуре показаний для кесарева сечения. Одним из путей снижения его частоты многие авторы считают внедрение в акушерскую практику программированных родов, особенно в группах высокого риска по развитию патологической родовой деятельности (Стрижова Н.В. и соавт., 2000; Бондаренко К.В., Радзинский В.Е., 2003; Коликов А.И. и соавт, 2003). Предполагается, что программированные роды могут даже стать серьезной альтернативой оперативному родоразрешению. Однако, есть мнение, что проведение индуцированных родов не способствует снижению процента оперативного родоразрешения, так как его частота определялась акушерской ситуацией в группе беременных высокого риска абдоминального родоразрешения (Терешкова С.П. и соавт., 2002; Гуляева Л.С. и соавт., 2002).

С целью определения влияния программированных родов на частоту кесарева сечения мы провели анализ 120 родов, из них 60 индуцированных (основная группа) и 60 начавшихся спонтанно (группа контроля). Для родовозбуждения использовался аналог простагландина E₁ мизопристал перорально, в 28 наблюдениях в сочетании с ранней амниотомией. Регулярная родовая деятельность развилась через 0,5-7 часов после приема препарата. Отмечено, что при индукции родов простагландинами слабость родовой деятельности встречалась значительно реже (4 - 6,6%), чем при спонтанном начале родов (11 - 18,3%). Клиническое несоответствие головки плода и таза матери II-III степени имело место у 3 (5,0%) и 2 (3,3%) соответственно. Хотя продолжительность родов была примерно одинаковой в обеих группах: $6,45 \pm 0,15$ час. и $7,1 \pm 0,2$ час. в контроле, количество быстрых родов при проведении родовозбуждения несколько выше (11 (18,3%) и 3 (5,0%) пациенток соответственно). Более частое осложнение спонтанного родового акта аномалиями родовой деятельности обусловило высокий процент абдоминального родоразрешения по сравнению с группой планового родовозбуждения 8 (8,3%) и 10 (16,6%). Послеродовой период во всех наблюдениях протекал физиологически.

Не отмечено влияния индукции родов на состояние новорожденных: в асфиксии легкой степени родилось 3 (5,0%) детей при индуцированных и 2 (3,3%) - при спонтанных родах. Таким образом, проведение индуцированных родов уменьшает вероятность развития слабости родовой деятельности и связанного с ней абдоминального родоразрешения, не ухудшая исход для матери и плода.

УДК 618.14-089

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

С.М. Матевосян, Т.И. Смирнова, С.Д. Дадьянов

Смоленская государственная медицинская академия

Проблема хирургического лечения гинекологических заболеваний у женщин состоит не только в удалении патологически измененного органа. Наиболее важными остаются факторы психологического, эмоционального, социального и физического состояния женского организма. Они объединяются в понятие «Качество жизни» (КЖ), предложенное в 1977 году американскими учеными и оказывают влияние на дальнейшее здоровье пациентки (2). Нежелательные побочные эффекты от хирургического лечения могут изменять КЖ даже больше, чем само заболевание. Поэтому для оценки любого патологического состояния и эффективности его лечения необходимо учитывать КЖ как составную часть проводимых мероприятий, особенно, если речь идет об удалении органа или даже целой системы.

Наиболее частой гинекологической операцией является гистерэктомия тотальная или субтотальная с придатками или без (32,5-38,2%). Гистерэктомия без придатков в результате повреждения или выключения сосудов, питающих половые железы, приводит к уменьшению продукции овариальных гормонов, нарушению сложных нейроэндокринных взаимоотношений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-кора надпочечников-щитовидная железа, а также влияет на кровоснабжение, иннервацию, лимфоток и изменяет функцию тазового дна, тем самым ухудшает качество жизни женщин после операции.

Если при оперативном вмешательстве у женщины в возрасте до 40 лет усилия хирурга направлены на сохранение органа и специфических функций репродуктивной системы, то в перименопаузальном периоде (41-50 лет) возникает необходимость выбора между надвлагалищной ампутацией и экстирпацией матки. Предпосылкой для расширения объема операции

является возможным риск возникновения новообразований в оставшихся отделах половой системы.

В результате экстирпации матки нарушается целостность свода влагалища, образуются шрамы, повреждается автономная иннервация проксимальной части влагалища и изменяется анатомия органов малого таза. Это приводит к сексуальным дисфункциям: расстройству оргазма, либидо, диспареунии. Женщина без матки зачастую считает себя неполноценным сексуальным партнером, часто боится осложнений при половых сношениях после оперативного лечения, приписывает себе частичную потерю женственности. Удаление шейки матки отрицательно влияет на работу тазовых органов.

По мнению многих авторов, изменения сексуальной функции, нарушения в нейро-эндокринной, сердечно-сосудистой, мочевой системах и состоятельности тазового дна после тотальной гистерэктомии являются объективной предпосылкой для более щадящих операций. Все вышеперечисленное указывает на важность и необходимость изучения КЖ женщины до операции, когда ее состояние напрямую зависит от патологического процесса в ее организме, и после проведенного хирургического лечения, когда наряду с оздоровлением организма возникают новые проблемы, способные изменять КЖ. Таким образом, можно достичь оптимального состояния, при котором физические, эмоциональные и социальные аспекты жизни женщины не будут подвергаться влиянию заболевания или его лечения.

Цель исследования. Изучить влияние гистерэктомии на КЖ женщины для выбора адекватного объема операции и разработки профилактических мероприятий.

Для оценки КЖ женщин в зависимости от проведенного хирургического лечения нами проанкетировано 100 пациенток в возрасте от 30 до 65 лет, которые составили 3 группы: 1-я – 36 из них после субтотальной гистерэктомии, 2-я – 34 после тотальной гистерэктомии, 3-я – 30 женщин с различной гинекологической патологией, не требующей оперативного лечения (контрольная группа).

КЖ рассматривали как интегральный показатель комплекса физических (КФХ), эмоциональных (КЭХ), психических (КПХ), интеллектуальных характеристик (КИХ) и социального функционирования женщины (КИФ) в обществе на жилищные условия, материальный достаток, семью, детей, условия в районе проживания, положение в обществе. Для оценки полученных результатов применялись теория графов, матриц и метод анализа исрархий, предложенный английским ученым Т.Л. Саати в 1993 г. Данные экспертного опроса обработаны с помощью компьютерного статистического пакета STATGRAPHICS 3.0. Наибольший вес – у КФХ, затем КПХ, КИФ в обществе и одинаковое предпочтение получили КЭХ и КИХ. На основе полученных результатов проводилась математическая обработка данных анкет. Цифровые значения позволили сравнить КЖ женщин в зависимости от возраста и объема проведенного хирургического лечения.

Наиболее высокий уровень КЖ отмечен у женщин контрольной группы в возрасте от 30 до 45 лет. К периоду перименопаузы заметно его снижение, затем некоторый подъем. С 60 лет КЖ постепенно понижается, так как происходят активные процессы старения организма, угнетаются все основные жизненно-важные функции. В этом возрасте большинство женщины уже не работают, меньше общаются.

Проведена сравнительная оценка КЖ женщины в зависимости от объема проведенного оперативного лечения. Менее всего снижается КЖ после субтотальной гистерэктомии без придатков. Во всех возрастных группах этот показатель максимально приближен к уровню КЖ пациенток контрольной группы. Даже в молодом возрасте данный объем операции практически не влияет на КЖ, так как оставленная культя шейки матки и придатки сохраняют основ-

ные функции организма. Оставленная культя шейки матки несколько повышает показатель КЖ женщин в репродуктивном возрасте, и не имеет особого значения после 60 лет.

Субтотальная гистерэктомия без придатков в детородном возрасте не влияет на уровень сексуальности. Тотальная гистерэктомия с придатками понижает сексуальность до уровня 60 лет. С возрастом объем операции меньше оказывает влияние на сексуальность женщин. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что субтотальная гистерэктомия, особенно без придатков, повышает КЖ женщины. Даже в молодом возрасте сохраняются физическое здоровье, сексуальность, восстанавливается трудоспособность. Культя шейки матки повышает КЖ после гистерэктомии у женщин в возрасте до 60 лет. Здоровую шейку матки целесообразно оставлять в детородном, перименопаузальном и раннем климактерическом периодах. Состоятельность тазового дна, функция мочевого пузыря, сексуальность женщин максимально сохраняются. У пациенток после тотальной гистерэктомии КЖ снизилось.

Субтотальная гистерэктомия без придатков у женщин в детородном и перименопаузальном периодах способствует не только сохранению, но и повышению уровня жизни. В постменопаузе объем оперативного лечения не повлиял на дальнейшее качество жизни. Полученные результаты подтверждают целесообразность проведения щадящих операций у женщин для повышения их качества жизни. Дополнительными аргументами в защиту субтотальной гистерэктомии являются: сохранение поддерживающего связочного аппарата матки, меньшая частота уродинамических нарушений после операций, меньшая частота и выраженность нарушений сексуальной функции, что не снижает качество их жизни.

Литература

1. Кулаков В.И., Адамян ЛВ., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. – М.: Медицина, 1999. – 312 с.
2. Новик А.А., Ионов Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине.- СПб.: «Элби», 1999.- 140 с.
3. Рубченко Т.И. Клинико-метаболические последствия гистерэктомий и их гормональная коррекция: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 271 с.
4. Morris A., Perez D., McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice // Qual. Life Research. – 1998. – Vol. 7.- P. 85-91.

УДК 616.33 - 002.44 - 089 - 053.9

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ГИГАНТСКИХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Д.В.Нарезкин, А.Д.Шатохина

Смоленская государственная медицинская академия

Кровотечение - одно из самых частых и опасных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Особенно неблагоприятно это осложнение протекает у лиц пожилого и старческого возраста, так как оно является основной причиной летальных исходов пациентов данной возрастной группы[1,2].

В клинике факультетской хирургии СГМА за период с 1993 по 2003 год находились на лечении 18 больных старше 60 лет с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнившимися развитием кровотечения, что составило 72% от общего числа больных с данной патологией. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1. В 7(38,9%) клинических наблюдениях имелось сочетание кровотечения с пенетрацией язвенного дефекта в соседние органы, у 2(11,1%) больных течение заболевания осложнилось декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка.

Язвенный анамнез составил от 1 года до 15 лет. В 10 (55,6%) наблюдениях язвенный анамнез отсутствовал. У остальных пациентов отмечались периодические обострения заболевания, при лечении язвы длительно не рубцевались, иногда определялась отрицательная динамика (увеличение размеров язвы). Большинство больных не состояло на диспансерном учете по поводу основного заболевания, им не проводилась системная противоязвенная терапия.

У 12 (66,7%) пациентов были выявлены язвы I типа по классификации A. Johnson (так называемые медиогастральные) и у 6 (33,3%) – язвы имелись в двенадцатиперстной кишке. Язвы II типа отмечены в 2 (11,1%) клинических наблюдениях. В течение первых суток от начала заболевания были госпитализированы 9 (50%) больных, остальные – в более поздние сроки. Характерная клиническая картина (общая слабость, головокружение, рвота с примесью крови, мелена) была отмечена у 13 (72,2%) пациентов.

В большинстве клинических наблюдений имелаась тяжелая сопутствующая патология, причем преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания (77,8%). Также следует отметить, что у 83,3% больных сопутствующие заболевания были в субкомпенсированном и декомпенсированном состоянии (для определения степени декомпенсации сопутствующей патологии и тяжести состояния больного использованы современные балльные системы оценки тяжести полиорганной недостаточности MODS и APACHE III).

При поступлении всем пациентам проводилась экстренная фиброгастроуденоскопия, при которой были выявлены гигантские язвы различной локализации. Признаки активного кровотечения выявлены у 8 (44,4%) больных, и у 10 (55,6%) – кровотечение было состоявшимся. Рентгенологическое исследование выполнялось 2 пациентам, при этом наблюдалась язвенная ниша больших размеров, глубокая, неправильной формы, окруженная воспалительным валом, выявлялись признаки пенетрации.

При морфологическом исследовании биопсийного материала были установлены признаки хронической язвы в стадии обострения с наличием периязвенного активного гастрита, некротической и грануляционной ткани в дне язвы, фиброза, явлениями хронической неспецифической ангиогенной стимуляции лимфоидной ткани, тонкокишечной метаплазии при желудочной локализации язвы. Инфицирование *H. pylori* обнаружено у 2 больных.

Оперативное лечение проведено 12 (66,7%) пациентам, причем 4 из них были прооперированы в экстренном порядке на высоте кровотечения, и 1 – в срочном порядке после проведения предоперационной подготовки. В остальных наблюдениях больные получали стандартную противоязвенную (ранитидин или фамотидин, метронидазол, амоксициллин, церукал, мотилиум, сукральфат), гемостатическую (викасол, этамзилат, эpsilon-аминокапроновая кислота), инфузионную терапию.

Резекция желудка по Бильрот I выполнена 5 (27,8%) больным, по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера в 2 (11,1%) клинических наблюдениях. У 3 (16,7%) больных произведено прошивание кровоточащей язвы, также в 3 (16,7%) – выполнена дуоденопластика.

В послеоперационном периоде осложнения отмечались у 6 (33,3%) пациентов, у 3 (16,7%) из них возник рецидив кровотечения (у всех после прошивания язвы), у 2 (11,1%) имело место образование абсцессов брюшной полости, и также у 2 (11,1%) – несостоятельность швов анастомоза. В 4 (22,2%) клинических наблюдениях ранний послеоперационный период осложнился развитием пневмонии.

Общая и послеоперационная летальность составила 11,1% (2 больных). В обоих случаях причиной смерти послужила полиорганная недостаточность вследствие развившегося перитонита на фоне несостоятельности швов анастомоза.

Таким образом, на основании проведенного анализа можно сделать выводы о том, что гигантские гастроуденальные язвы у лиц преклонного возраста довольно часто (в 72% наблюдений) сопровождаются развитием такого грозного осложнения как кровотечение; в 55,6% случаев протекают бессимптомно, на фоне тяжелой сопутствующей патологии. Они характеризуются высоким риском рецидива кровотечения и неблагоприятным прогнозом, сопровождаются высокой общей и послеоперационной летальностью (11,1%). Все это в итоге требует дальнейшего изучения данной патологии, поиска новых способов своевременной диагностики и тактических решений этой сложной проблемы.

Литература

1. Асадов С.А. Хирургическое лечение "трудных" и осложненных гастроуденальных язв. // Хирургия.-2002- №11.
2. Логинов А.С., Калинин А.В. Оперативное и консервативное лечение гигантских язв желудка. // Рус. мед. журн. 1997- Т.5 №5 -- С. 276-280.
3. Мартыросов Ю.К. Хирургическое лечение гигантских гастроуденальных язв, осложненных кровотечением. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.-1997-№6 -- с.73-75.

УДК 618.14-002: 616 – 073.48

ДОПЛЕРОМЕТРИЯ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ

Н.В.Омарова, С.Б.Крюковский, С.С.Томашова

Смоленская государственная медицинская академия

Ультразвуковое исследование является доступным и неинвазивным методом диагностики осложненной послеродовой матки. С целью повышения информативности данного метода исследования нами использовалась доплерометрия маточного кровотока в комплексе с эхографической биометрией послеродовой матки.

Проведено комплексное обследование 70 родильниц на 4-6 сутки послеродового периода. Физиологическое течение пуэрперия отмечалось у 45 (64,3%), у 17 (24,3%) - субинволюция матки, у 5 (7,1%) - гематома, у 3 (4,3%) - остатки плацентарной ткани. Воспалительные изменения в тканях послеродового периода по данным гистологического исследования выявлены в 43 случаях: у 25 (55,5%) пациенток 1-й группы, у 10 (58,8%) 2-й группы, у 5 (100%) 3-й группы и у 3 (100%) пациенток 4-й группы.

При проведении доплерометрии маточного кровотока выявлено, что средние значения индексов периферического сопротивления в маточных артериях в этих группах различные.

При физиологическом течении послеродового периода и отсутствии воспалительных изменений в тканях послеродового периода средние значения доплерометрических показателей следующие: СДО - 274,5; ИР - 0,66; ПИ - 0,96; при подтвержденном плацентите: СДО - 268,6; ИР - 0,59; ПИ - 0,93.

В группе пациенток с субинволюцией матки при отсутствии и наличии воспалительных изменений послеродового периода отмечались более низкие значения доплерометрических показателей: СДО - 244,8 и 224,9; ИР - 0,59 и 0,56; ПИ - 0,92 и 0,85 соответственно.

При гематометре средние значения индексов периферического сопротивления приблизительно соответствовали подобным при субинволюции: СДО - 244,5; ИР - 0,57; ПИ - 0,90. Наиболее выраженное снижение доплерометрических показателей кровотока в маточных артериях наблюдалось у рожениц с остатками плацентарной ткани: СДО - 168, ИР - 0,39; ПИ - 0,52 ($p < 0,05$).

Таким образом, наличие патологического содержимого и воспалительного процесса в матке сочетается со снижением показателей маточного кровотока. Поэтому применение высокоинформативного неинвазивного доплерометрического исследования маточного кровотока должно включаться в комплекс диагностических мероприятий по профилактике осложнений послеродового периода.

УДК: 618.36:616.441

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Н. Петрова, С.В. Петрова, С.С. Томашова, Н.В. Болтаева.

Смоленская государственная медицинская академия

Проблема влияния тиреоидной патологии на репродуктивную функцию женщины остается одной из актуальных, поскольку носит не только медицинский, но и социальный характер. Во время беременности происходит изменение функционирования щитовидной железы, а именно метаболизма тиреоидных гормонов и йода. Динамически меняющееся взаимодействие гипофизарно-тиреоидных систем матери и плода приводит к тому, что диагностика и лечение заболеваний щитовидной железы у беременных существенно отличаются от стандартных лечебно-диагностических подходов.

Представленное исследование посвящено изучению особенностей репродуктивной функции в зависимости от структурных изменений в щитовидной железе и частоты зоба среди беременных, проживающих в г. Смоленске.

Материалы и методы. За период 2001 – 2004 гг. в МЛПУ «Клинический родильный дом» у 510 беременных в третьем триместре гестации, кроме клинического и акушерского обследования, выполнены осмотр, пальпация и ультразвуковое исследование щитовидной железы на аппарате «SONOACE 8800 GAIA MT». Возраст беременных от 17 до 38 лет и составил в среднем $25 \pm 5,6$ лет. Социальное положение: служащие – 45,9%, домохозяйки – 25,5%, рабочие – 17,6%, учащиеся – 11,0%.

В ходе исследования установлено, что у половины пациенток было диагностировано увеличение объема железы (274 из 510 - 53,7%). С учетом классификации ВОЗ и результатов ультразвукового сканирования щитовидной железы пациентки с зобом были разделены на группы: первая группа – пациентки без зоба (236 – 46,3%); вторую составили беременные с диффузным зобом первой степени (130 – 25,5%); в третью группу вошли пациентки с зобом второй степени (88 – 17,2%); в четвертую группу объединены беременные с узловыми образованиями щитовидной железы (56 – 11,0%).

В обследуемых группах отмечено, что у пациенток с зобом достоверно чаще имели место профессиональные вредности - от 8,2% до 30,1%, вредные привычки - от 5,5% до 16,4%.

По мере увеличения объема щитовидной железы выявлялся рост частоты отягощенной наследственности по тиреоидной патологии при первой степени зоба в 22,4% наблюдений, при второй – 36,0%.

У пациенток с зобом установлена большая распространенность гинекологических заболеваний ($p < 0,05$). Нарушения менструальной функции отмечались не только в 3 раза чаще (30,1%), чем в группе без тиреоидной патологии (11,8%), но отличались разнообразием нозологических форм, что свидетельствовало о нарушениях в репродуктивной системе до наступления данной беременности.

При изучении акушерского анамнеза установлено увеличение числа повторнобеременных пациенток в группе с узловыми образованиями в щитовидной железе (47,2%), в то время как в первой группе – 27,7%, во второй – 20,9%, в третьей – 20,0%. Более того самопроизвольное прерывание беременности наблюдалось достоверно чаще в анамнезе у пациенток с зобом от 2,7 до 21,9%, частота нарушений репродуктивной функции увеличивалась по мере нарастания степени зоба.

Таким образом, высокая распространенность зоба среди беременных г. Смоленска, может способствовать увеличению частоты нарушений репродуктивной функции. В свою очередь беременность является фактором, стимулирующим щитовидную железу, что при определенных условиях может приобретать патологическое значение и сопровождаться повышенным риском формирования и прогрессирования зоба у женщин.

Литература

1. Краснопольский В.И. Беременность и заболевания щитовидной железы, проблемы и перспективы: Матер. IV Российского форума «Мать и дитя». - М., «Авианздат», 2002. - С. 343 - 345.
2. Мурашко Л.Е. и соавт. Заболевания щитовидной железы у беременных: Матер. IV Российского форума «Мать и дитя». - М.: «Авианздат», 2002. - С.418 - 419.
3. Паршин В.С. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы: Дис. ...д-ра мед. наук. - Обнинск. 1994. - С. 3 - 60.
4. Фадеев В.В., Лесникова С.В., Мельниченко Г.А. Функциональное состояние щитовидной железы у беременных женщин в условиях легкого йодного дефицита: объединенные данные Московского исследования / Клиническая Тиреоидология. – 2003. - Т.1. - №
5. Castaneda R., et al. Endemic goiter in pregnant women: utility of the simplified classification of thyroid size by palpation and urinary iodine as screening tests // BJOG. - 2002. – Vol. 109. -№ 12. – P. 1366 - 1372.
6. Glinoe D. Thyroid changes in the pregnant woman // Rev Med Brux. - 1996. - Vol. 17. -№ 4. – P. 210 - 213.
7. Glinoe D. What happens to the normal thyroid during pregnancy? // Thyroid. – 1999. - Vol. 9. - № 7. – P. 631.

УДК 618.3-06 : 615.857.06.

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

В.Н.Покусаева, И.В. Нечаевская

Смоленская государственная медицинская академия

В современной литературе много внимания уделяется проблеме полноценного питания. Последние 10 лет исследований показали, что практически нет жепции, обеспеченность витаминами которых была бы достаточной, например, недостаток витаминов группы В выявляется у 20 (100%) обследованных, аскорбиновой кислоты - у 13 (50%), каротиноидов у - 25 (94%), только содержание витаминов А и Е находится на нижнем уровне оптимальных величин (Лебедев А.Г., 2004).

Беременные женщины и кормящие матери являются более уязвимыми в этом отношении (Брайн В., Рона Х., 1995). Дефицит витаминов во время беременности способствует возникновению и развитию железодефицитной анемии, раннего токсикоза, гестоза, тромбоэмболических осложнений у женщины, приводит к системным нарушениям у плода, формированию врожденных пороков сердца и нервной системы у плода, нарушению формирования питовидной железы, а также его гипотрофии и недоношенности. Организм матери во время беременности является единственным источником витаминов и питательных веществ для плода. Мать получает их, главным образом, из пищи. Однако продукты питания содержат витамины в различных сочетаниях и в различных количественных соотношениях. Если добиваться коррекции витаминного дефицита только путем увеличения количества продуктов, богатых витаминами, это неизбежно повлечет за собой избыточное увеличение массы тела беременной женщины и плода, что может явиться причиной осложнения в течение беременности и родов. Оптимальным является дополнительный прием поливитаминных препаратов. При этом одновременное поступление витаминов выгоднее и физиологичнее раздельного назначения каждого из них, т. к. имеется синергизм у определенных групп витаминов (Мурашко А.В., Аль-Сейкал Т.С., 2003).

Преимущества приема витаминов в период беременности несомненны. Так, согласно исследованиям, проведенным в Индии и Венгрии, дополнительный прием фолиевой кислоты беременными женщинами снизил частоту рождения недоношенных детей на 50%, минимизировал частоту формирования дефектов нервной трубки и аномалий сердца и сосудов, мочевыводящей системы, конечностей и пищевода (Коденцова В.М., Вржесинская О.А., 2003).

Учитывая важность проблемы полигиповитаминоза в акушерской практике, на базе Клинического родильного дома г. Смоленска мы провели исследование фето-плацентарной системы (ФПС) у беременных женщин с осложненным течением гестации в лечении которых использовались витаминно-минеральные комплексы. Исследование проводилось совместно кафедрой акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики (зав. кафедрой - проф. Никифоровский Н. К.) и кафедрой госпитальной педиатрии (зав. кафедрой - проф. Козлова Л.В.). В исследовании участвовало 64 беременных. Из них 32 беременные на фоне комплексного лечения различных осложнений беременности получали витаминно-минеральный комплекс «Сана-сол» (НИКОМЕЛ) - основная группа; 32 беременные контрольной группы получали традиционную терапию в зависимости от нозологических форм без включения данного препарата. Соматический, гинекологический анамнез, возраст, социальное положение пациенток обеих групп не имели существенных различий.

Режим приема комплекса «Сана-сол» - 2 таблетки в день, что полностью покрывает суточную потребность в витаминах и микроэлементах с учетом их поступления в естественном виде с пищей. В большинстве случаев переносимость препарата «Сана-сол» была хорошая, лишь в 4 (14,3%) наблюдениях беременные отмечали появление тошноты, изжоги, аллергической реакции в виде крапивницы на передней брюшной стенке.

В 31-36 недель беременности были проведены анализ течения беременности и исследование состояния фетоплацентарной системы у 32 беременных основной и 21 беременной контрольной групп. Помимо общеклинического исследования, применяли ультразвуковую фетометрию, доплерометрическое исследование кровотока и кардиотокографическое исследование (КТГ). Выявленные осложнения беременности представлены в таблице.

При выполнении КТГ - исследований было выявлено снижение адаптации плода у 8 (25,0%) пациенток основной группы и у 5 (23,8%) - контрольной. Синдром задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода I-II степени был выявлен у 4 (12,5%) и у 7 (33,3%),

<i>Выявленные осложнения</i>	<i>Основная группа (N=32) %</i>	<i>Контрольная группа (N=21) %</i>
Гестоз	17 (53,1%)	8 (38,1%)
Угроза прерывания беременности	16 (50%)	14 (66,7%)
Анемия	11 (34,4%)	9 (42,9%)
Гестационный пиелонефрит	3 (9,4%)	1 (4,8%)

соответственно. При доплерометрическом исследовании у 6 (18,8%) беременных основной группы и у 4 (19,1%) контрольной выявлено нарушение маточно-плацентарного кровотока (НМПК).

Симптомы преждевременного созревания плаценты были обнаружены у 1 (3,1%), нарушение образования и резорбции околоплодных вод - у 4 (12,5%) пациенток основной группы и у 3 (14,3%) - контрольной.

Перед родами повторно были обследованы 56 пациенток (28 - основной и 28 - контрольной группы). Отмечается определенный клинический эффект при усилении традиционной терапии витаминно-минеральным комплексом «Сана-сол». После антианемического лечения на фоне приема «Сана-сола» количество пациенток с анемией уменьшилось в 2 раза (6 - 21,4%), тогда как в контрольной группе этот показатель даже несколько увеличился (10 - 35,7%). В основной группе чаще отмечалось уменьшение клинических проявлений гестоза, купирование симптомов отмечалось у 6,7% - в основной и у 2,4% - в контроле.

Низкая оценка при КТГ-исследовании после проведенного лечения сохранялась только у 5 беременных основной группы, то есть уменьшилось на треть, в то время как в контрольной группе частота регистрации перинатологических и патологических кривых возросла примерно в 2 раза, наблюдалась у 9 человек. Синдром ЗВУР плода сохранился у 4 (14,3%) беременных основной группы и увеличился в контрольной группе - 7 (25%) пациенток. Частота регистрации НМПК уменьшилась в 3 раза в основной группе, практически не изменившись в контрольной. Нарушения сохранялись у 2 (7,1%) и 5 (17,9%), соответственно.

Мало- многоводие, являющиеся признаком нарушения внутриутробного страдания плода, перед родами регистрировалось чаще, чем при первом исследовании. Однако отмечается существенная разница в его частоте - в основной группе она увеличилась в 2 раза (8 - 28,6%), а в контрольной - в 3 раза (11 - 39,3%).

Беременность закончилась своевременными родами у 25 (89,9%) женщины основной и 26 (92,9%) контрольной групп, преждевременные роды произошли у 3 (11,1%) и 2 (7,1%) женщин, соответственно. В контрольной группе несколько чаще родоразрешение осуществлялось абдоминальным путем (16 - 57,1% и 9 - 32,1%, соответственно). Это может быть связано с более высокой частотой внутриутробного страдания плода в контрольной группе накануне родоразрешения и необходимости бережного родоразрешения. Однако, несмотря на это, частота рождения детей в асфиксии сравнима в обеих группах - по 3 (10,7%) в каждой группе.

На основании проведенного исследования можно сделать заключение о положительном влиянии приема витаминно-минеральных комплексов, в частности комплекса «Сана-сол», на состояние фето-плацентарной системы у беременных женщин при осложненном течении беременности.

Литература

1. Вартон Брайн Питание женщины во время беременности и лактации, отлучения ребенка от груди // Материалы 3-го Международного симпозиума. - СПб, 1995.

2. Коденцова В.М., Вржесинская О.А. Витамины в питании кормящей женщины и ее ребенка / Гинекология, 2002. Том 4, N 4.
3. Лебедев А.Г. Витаминизация рациона беременных и патология детей/ Акуш. и гин., 2004. № 1.
4. Мурашко А.В., Аль-Сейкал Т.С. Основы здорового питания беременной женщины/ Гинекология, 2003. Том 5, N 3.

УДК 615.9

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЙ

А.Н. Пугачев, А.Н. Толкачев

Отделение гемодиализа и острых отравлений МЛПУ "Клиническая больница № 1"

В настоящее время проблемы острых химических отравлений стали предметом внимания различных специалистов. Это связано с тяжестью как социально-психологических, так и собственно медицинских последствий отравлений.

Целью настоящей работы явилось изучение структуры острых отравлений за последние 10 лет по данным отделения гемодиализа и острых отравлений, где оказывается специализированная помощь данной категории больных. Проводился анализ по полу, возрастным группам и основным нозологическим формам.

При рассмотрении динамики госпитализации пациентов в отделение, можно сделать вывод об относительной стабильности показателей за исследуемый период. В среднем в отделение госпитализируются немногим более 350 больных в год. В течение последних 10-ти лет сохранялось преобладание среди госпитализированных пациентов женщин (51,7%) по отношению к мужчинам (48,3%). Среди лиц с суицидальными отравлениями оно было более значительным: женщин – 75,5%, мужчин – 24,5%. Половина всех отравлений совершаются в молодом возрасте: 15 – 30 лет – в период формирования личности и максимальной лабильности нервной системы. Именно в этом возрасте организм человека наиболее подвержен различным стрессовым воздействиям, что часто приводит к аффективным реакциям, реализуемым в суицидах. С возрастом частота отравлений быстро снижается, и минимальна среди лиц, старше 60 лет.

У женщин число отравлений в молодом возрасте значительно превышает аналогичный показатель среди мужчин (66,5% и 33,5% соответственно), затем их число резко снижается. У мужчин "пик" отравлений приходится на возраст 21 – 30 лет, после чего их количество постепенно снижается и в старших возрастных группах превышает число отравлений у женщин.

Среди этиологических факторов острых химических отравлений, значительно опережая остальные, стоят медикаменты – они являются причиной 56,5% всех отравлений. Затем следуют отравления алкоголем и другими спиртосодержащими химическими веществами – 17,6%, уксусной кислотой – 11,1%, прижигающими жидкостями – 7,1%, наркотическими веществами – 5,1%, препаратами бытовой химии – 2,6%.

Проводимые в отделении исследования позволили выявить некоторые устойчивые тенденции в изменении структуры острых отравлений за последние годы: отмечается неуклонное увеличение числа отравлений медикаментами (удельный вес которых вырос на 18,5%) и уксусной кислотой (рост 13,5%). Это происходит на фоне снижения удельного веса отравлений алкоголем (на 19,7%) и препаратами бытовой химии (на 53,2%). Появился и находится на 5-

м месте по числу случаев новый вид отравлений – наркотическими веществами, - который еще 10 – 15 лет назад практически не встречался.

Отмечается заметный рост числа суицидальных отравлений, количество которых увеличилось в 1,6 раза в сравнении с периодом 80-х, начала 90-х годов и составляет сейчас 52,4% всех случаев отравлений, что косвенно свидетельствует о наличии социальной напряженности и неблагополучии в обществе.

Летальность больных с острыми отравлениями за последние 10 лет в среднем составила 5,5%, что не превышает уровень летальности в аналогичных специализированных отделениях в России. В возрасте 15 – 30 лет, несмотря на большое число случаев отравлений, число смертельных исходов минимально, что связано как с более высокими показателями здоровья организма в этом возрасте, так и с отсутствием в большинстве случаев истинных суицидальных намерений. Кроме того, в этом возрасте преобладают отравления медикаментами (73,6%), которые при своевременно оказанной медицинской помощи протекают благоприятно, а отравления суррогатами алкоголя и уксусной кислотой редки.

С возрастом абсолютное число смертельных исходов при отравлениях и, соответственно, летальность увеличиваются. Это связано как с появлением и прогрессированием в старших возрастных группах хронических заболеваний, так и с серьезностью суицидальных намерений в этом возрасте. Кроме того, на росте летальности сказывается и изменение нозологической структуры отравлений в этом возрасте: снижается удельный вес отравлений медикаментами (29,8%), и растет число отравлений другими токсическими веществами, особенно уксусной кислотой (26,1%) и прижигающими жидкостями (19,3%).

Летальность среди пациентов в возрасте 15 – 30 лет самая низкая – 0,8%, 30 – 45 лет – 8,4%, 46 – 60 лет – 12,0%, и среди лиц, старше 60 лет – самая высокая – 15,1%. Имеется существенная разница летальности у мужчин (6,8%) и женщин (3,0%), что объясняется тем, что у женщин преобладают медикаментозные отравления (около 75% всех отравлений), тяжесть которых, как правило, невелика, а среди мужчин данный вид отравления составляет лишь 32%, зато увеличивается удельный вес отравлений суррогатами алкоголя (29,5%), прижигающими веществами (14,8%), наркотиками (11,5%), которые протекают тяжело и с худшим прогнозом.

Самый высокий процент летальности при отравлениях уксусной кислотой – 21,5%. Учитывая, что за последние годы отмечается рост числа отравлений уксусной кислотой, в настоящее время этот вид отравлений является причиной почти половины всех смертельных исходов – 48,2%. Высокая летальность и самое большое число смертельных исходов при отравлении уксусной кислотой остаются неизменными на протяжении всех лет работы отделения. Эта проблема давно перестала быть только медицинской. Это связано с продажей и свободным доступом в быту уксусной кислоты чрезвычайно высокой концентрации – 70% (уксусная эссенция). Вопрос о запрещении продажи уксусной эссенции давно поднимался на самых различных уровнях, в том числе и на последней конференции токсикологов в Екатеринбурге, где одним из пунктов решения конференции был запрет на продажу уксусной эссенции. Но на сегодняшний день этот вопрос по-прежнему остается открытым.

Летальность при других отравлениях существенно ниже: препаратами бытовой химии – 9,2% (за счет смертельных отравлений ФОС и дихлорэтаном), алкоголем и его суррогатами – 6,5%, веществами прижигающего действия (за исключением уксусной кислоты) – 4,2%, медикаментами – 1,1%.

Отравления уксусной кислотой и суррогатами алкоголя – это основная причина смертельных исходов. В целом эти две группы составляют 75,2% в общей структуре смертельных отравлений.

Несмотря на то, что летальность при отравлении медикаментами самая низкая, в структуре смертельных исходов эта патология занимает 3-е место – 12,1% – т.к. число случаев таких отравлений значительно. Далее следуют отравления препаратами бытовой химии – 7,6%, прижигающими веществами – 3,2%, наркотическими веществами – 1,9%.

Таким образом, с учетом выявленных особенностей социальных и медико-токсикологических характеристик острых химических отравлений, их динамики за последние годы, можно сделать вывод не только об актуальности проблемы, но и об ее обострении в последние годы, особенно в плане суицидальных отравлений. Полученные результаты необходимы не только при планировании развития токсикологической помощи в г. Смоленске, но и могут быть учтены врачами других специальностей при определении адекватной лечебно-реабилитационной тактики в их работе.

УДК 618.3:616.155.16

ФЕТО – ПЛАЦЕНТАРНАЯ СИСТЕМА – ДИАГНОСТИКА ЕЕ СОСТОЯНИЯ ПО УРОВНЮ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА

*А. Н. Семичастнов, А. Н. Иванян, А. В. Литвинов, Г. Д. Бельская, С. А. Гузюкина
Смоленская государственная медицинская академия*

За последнее время достигнуты значительные успехи в экспериментальной гематологии благодаря внедрению новых методов исследования, таких как длительное культивирование кроветворных клеток *in vitro*, биотехнологический синтез и изучение механизмов действия индукторов гемопоэза, использование полученных гибридной технологией моноклональных антител к дифференцировочным антигенам клеточных мембран.

Исследование крови взрослых людей показало, что небольшое количество фетального гемоглобина (HbF) продуцируется в течение всей жизни. Было установлено, что 0,3-2% гемоглобина у взрослых людей приходится на долю HbF, если количество последнего превышает 2%, это считают явлением патологическим.

Немаловажное практическое значение имеет исследование HbF в крови беременных и родильниц. Согласно данным литературы, циркулирующие в кровотоке матери эритроциты, содержащие HbF, расцениваются и как эритроциты плодового происхождения и как результат увеличения продукции собственного HbF во время беременности. Исходя из этого, некоторые авторы утверждают, что по уровню HbF в крови матери можно судить о характере обменных процессов между плодовым и материнским организмами. Небольшое количество фетальной крови может поступать в кровоток матери даже при нормальном течении беременности и родов. При различных осложнениях – угроза прерывания беременности, гестозы беременных, преждевременная отслойка плаценты, преэклампсия, эклампсия, несомненно, сопровождающихся фето - плацентарной недостаточностью, - эритроциты с HbF обнаруживаются чаще и в больших количествах. В акушерской практике известны случаи массивных фето – материнских трансфузий, что приводит к тяжелым гемодинамическим нарушениям у плода, анемии и асфиксии при рождении. В современных условиях реальной возможностью предупреждения нарушений функции фето - плацентарного комплекса у беремен-

ных являются профилактика, ранняя диагностика начальных проявлений и оптимизация их лечения.

Таким образом, своевременная диагностика фето – материнских трансфузий очень важна для проведения адекватного лечения матери и ребенку.

Определение HbF можно проводить колориметрическим, морфологическим, электрофоретическим методами. В данной работе определение HbF в мазках крови осуществляется по модифицированной методике Клейхауэра – Бетке, элюция гемоглобина кислотой с последующей окраской эритроцитов позволяет дифференцировать клетки, содержащие HbA или HbF в значительных количествах.

Задачей нашего исследования явилось изучение содержания фетального гемоглобина в крови беременных с неосложненным и осложненным течением беременности, с целью определения прогностического значения этого показателя для состояния фето-плацентарной системы и прогнозирования ранней адаптации новорожденного.

В научной работе представлены результаты исследования течения беременности и ее исходов у 120 женщин в возрасте от 17 до 34 лет, при сроке беременности от 25 до 41 недели. Из них 24,6% имели анемию различной степени тяжести, у 26,5% анемия сочеталась с гестозом, а у 48,9% беременность протекала на фоне гестоза. Всем женщинам проводилось стандартное клиническое обследование, исследование уровня HbF во время беременности и после родов. HbF достоверно определялся при сроке беременности от 32 до 41 недели.

Наиболее часто – в 25% случаев – повышение уровня HbF (до 5%) встречалось в группе женщин, беременность у которых осложнилась развитием гестоза различной степени тяжести. Несколько реже – в 15,4% – повышенное количество HbF (до 4%) определялось у женщин, беременность у которых протекала на фоне анемии и гестоза. У беременных, имевших только анемию, той или иной степени выраженности, увеличение количества HbF (до 4%) встречалось в 8,3%.

В течение беременности у всех женщин с повышенным уровнем HbF наблюдались следующие осложнения: ранний токсикоз – у 46%, угроза прерывания – у 43%, хроническая фето – плацентарная недостаточность и хроническая гипоксия плода – у 53%, задержка внутриутробного развития плода – у 10%.

При нормальных показателях HbF у женщин, имевших анемию или (и) гестоз различной степени тяжести, ранний токсикоз встречался – у 31%, угроза прерывания – у 30%, хроническая фето – плацентарная недостаточность и хроническая гипоксия плода – у 41%, задержка внутриутробного развития плода – у 1,5%.

Анализируя перинатальные исходы, следует отметить, что течение периода ранней адаптации у детей, родившихся от матерей с повышенным уровнем HbF, было более напряженным и проявлялось низкой массой тела при рождении, высокой первоначальной убылью массы тела, затяжным течением неонатальной желтухи и неврологической симптоматикой в виде синдрома повышенной нервно – рефлекторной возбудимости. Кроме того, 33% младенцев этой группы родились с признаками морфо – функциональной незрелости. Показатели гемоглобина и эритроцитов к концу первой недели жизни у детей, родившихся от этих матерей, были достоверно ниже таковых показателей у практически здоровых детей.

Таким образом, повышение уровня HbF на фоне гестоза и анемии может быть одним из прогностических критериев наличия осложнений течения беременности – прежде всего фето – плацентарной недостаточности, и неблагоприятных перинатальных исходов, и стать допол-

нительным маркером в диагностике складывающегося патологического симптомокомплекса функционирования фето – плацентарной системы.

Литература

1. Бонарцев П. Д., Асымбекова Г. У. Исследование ультраструктурного состояния компонентов периферической крови беременных с риском развития плацентарной недостаточности. – Акуш. и гин., 1996, №6, с. 12 – 17.
2. Герасимова Л. П. // Пробл. Гематол. – 1980. – № 5. – С. 45 – 48.
3. Карташева В. Е., Балака Ю. Д. – Акуш. и гин., 1976, № 10, с. 70-72.
3. Миторова Л. Б. Становление кроветворения у плода и новорожденного: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988.
4. Мусаев З. М. Клинико-диагностическое значение исследования маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока у беременных с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1989.
5. Торубарова Н. А. и соавт., Гематология и трансфузиология – 1991, №5, с. 20 – 23.

УДК 618.14 - 072.1

ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Е.А. Степанькова., Н.С. Денисов., Г.Н.Аленина, И.Ю.Фофонова

Смоленская государственная медицинская академия

Внедрение эндоскопических технологий в гинекологии изменило классические подходы к диагностике и лечению гиперпластических процессов эндометрия. В настоящее время эндоскопические методы исследования, к которым относится гистероскопия, приобрели широкое распространение в клинической практике для диагностики и лечения гинекологических заболеваний.

Цель исследования. Определить диагностическую ценность гистероскопии как метода выявления и лечения внутриматочной патологии. Гистероскопия – это единственный метод, который при помощи оптической системы гистероскопа позволяет визуально осмотреть полость матки.

Материал и методы исследования. В гинекологическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска проведено эндоскопическое обследование полости матки у 40 женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в возрасте от 21 до 60 лет. Всем больным диагноз был установлен клиническим и ультразвуковым методами обследования. Ультразвуковые исследования произведены трансвагинальным методом на аппарате SONOACE 1500. Гистероскопия выполнялась на аппаратуре фирмы Карл Шторц.

Полученные результаты. В результате гистероскопического обследования у 39 (97,5%) женщин выявлена патология эндометрия: очаговая гиперплазия эндометрия – у 23 (57,5%); субмукозная локализация миоматозных узлов – у 9 (22,5%); остатки децидуальной ткани – у 4 (10%), у одной из них после самопроизвольного аборта с выскабливанием полости матки, у троих – в позднем послеродовом периоде; децидуальный эндометрит – у 1 (2,5%), хронический эндометрит – у 1 (2,5%). Только у одной женщины (2,5%) патология эндометрия не выявлена. У 36 женщин в процессе исследования было произведено раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. Результаты гистологического исследования соскобов: у 10 женщин – железисто-фиброзный полип эндометрия и цервикального канала, у 7 – железистая гиперплазия эндометрия, у 6 – базально-функциональный

полип эндометрия, у 1 – базально-функциональный полип эндометрия сочетался с железисто-фиброзным полипом цервикального канала, у 4 – остатки децидуальной ткани, у 2 – железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, у 2 – железистая гиперплазия с признаками дисплазии, у 1 – железистая гиперплазия эндометрия на фоне аденоматоза, у 1 – гипопластический эндометрий, у 1 – эндометриальная стромальная саркома, у 1 – патологии эндометрия не обнаружено.

Заключение. Таким образом, у большинства больных гистероскопия позволила установить точный топический диагноз патологических процессов эндометрия и выполнить прицельное выскабливание слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием, что позволило правильно и адекватно назначить последующее гормональное лечение. Подтверждение гистероскопического заключения с гистологическим диагнозом составило 84,2%.

Литература

1. Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М., Мишиеева О.И., Иванова Н.В. Опыт применения гистероскопии в практике гинекологического стационара. I Съезд Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. Москва, 1995г.: тезисы и доклад. - М. - 1995. - С. 138.
2. Каппушева Л.М. Полипы эндометрия (диагностика, тактика лечения). Материалы международного конгресса «Эндоскопия в гинекологии»: Тезисы. - Москва - 1999. - С.594
3. Каппушева Л.М. Гистероскопия в диагностике и лечении внутриматочной патологии. Международный медицинский журнал. - 1999. - N 4 - т.5. - С.94-96.
4. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. Гистероскопия. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. - 176с.
5. Каппушева Л.М. Оперативная гистероскопия // Акушерство и гинекология. - 2000. - N 3. - С.53-59

УДК 618.13 – 002 – 07 – 08

КЛИНИКО – БИОФИЗИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

*Е.А. Степанькова, А.Э. Борохов, Е.В. Иванюшкина
Смоленская государственная медицинская академия*

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), преимущественно придатков матки, занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости [1,6]. Несвоевременное диагностирование и неадекватное лечение острых воспалительных заболеваний придатков матки (острого сальпингоофорита) может провоцировать развитие таких осложнений, как диспареуния, появление контактных кровотечений, формирование опухолеподобных образований придатков матки, а так же может стать причиной бесплодия, невынашивания беременности [3].

По данным современных исследований, установлено значение эндогенной интоксикации (ЭИ), как одного из факторов, определяющих развитие и течение острых воспалительных заболеваний придатков матки. ЭИ представляет собой синдром, характеризующийся накоплением в тканях и биологических жидкостях организма избытка продуктов нормального или извращенного обмена веществ или клеточного реагирования.

Определение степени ЭИ осуществляется различными клинико-лабораторными методами (определение уровня лейкоцитов крови, скорости оседания эритроцитов, уровня средних молекул, общего белка крови, наличие лихорадки, определение сорбционной способности эритроцитов и проницаемости эритроцитарных мембран), по состоянию антиоксидантной системы, регулирующей процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ). При воспали-

тельных процессах увеличивается продукция активных форм кислорода, которая в физиологически допустимом диапазоне концентраций благоприятно влияет на течение воспалительного процесса. В то же время продолжительная суперпродукция этих частиц носит деструктивный характер, создает энергодефицитные состояния в клетках, что служит одной из главных причин развития иммунодепрессии [5].

Цель исследования. Изучение особенностей оксидативного гомеостаза у больных с острым воспалением придатков матки.

Материалы и методы. Нами было обследовано 89 пациенток в возрасте от 14 до 50 лет без сопутствующей экстрагенитальной патологии. В комплекс обследования входил анализ клинико-лабораторных данных, трансабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое сканирование, микробиологическое исследование отделяемого из влагалища, определение иммунного статуса, степени ЭИ по сорбционной способности эритроцитов и проницаемости эритроцитарных мембран. Состояние ПОЛ оценивали до и после лечения по количеству гидропероксидов липидов (ГП), в % к возрастной норме женщин – доноров, принятой за 100%, которые определялись методом активированной родамином Ж хемилюминисценции в присутствии ионов двухвалентного железа. Антиоксидантный статус оценивали методом люминол-зависимой хемилюминисценции цельной крови.

При поступлении все больные предъявляли жалобы на боли различной интенсивности внизу живота, боль носила ноющий характер у 62 женщин (69,7%), острые боли беспокоили 27 человек (30,3%). Редко отмечалась иррадиация боли в прямую кишку (4 пациентки – 4,5%), патологические выделения из половых путей беспокоили 31 женщину (34,8%). Лихорадка, как классическое проявление воспалительного процесса и нарушения терморегуляции, зарегистрирована у большинства больных: фебрильная температура отмечалась лишь у 14 пациенток (15,7%), субфебрильная – у 64 (71,9%). У 9 (10,1%) температура тела была нормальной. Другим клиническим проявлением интоксикации при остром сальпингоофорите (ОСО) была тахикардия, отмеченная у 58 женщин (65,8%). Увеличение ЧСС во всех наблюдениях соответствовала повышению температуры тела.

Болезненность в нижних отделах при поверхностной пальпации живота отмечалась у 32 пациенток (36,0%), при этом она сочеталась с симптомом Щеткина – Бломберга. У 60% больных болезненность в нижних отделах выявлялась лишь при глубокой пальпации живота. При проведении бимануального влагалищного исследования у больных ОСО выявлена следующая картина: у 28 человек (32,6%) осмотр был затруднен из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, у 61 (67,4%) в области придатков определялись несколько увеличенные, болезненные образования с нечеткими контурами, у большинства пациенток отмечалась болезненность при движении за шейку матки.

Одним из критериев интоксикации при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов является лейкоцитоз. У 68 женщин (76,4%) отмечен умеренный лейкоцитоз до $15,0 \times 10^9/\text{л}$, у 17 больных содержание лейкоцитов находилось в пределах от $15,0$ до $20,0 \times 10^9/\text{л}$, и только у 4 пациенток имел место выраженный лейкоцитоз - более $20,0 \times 10^9/\text{л}$. При определении ЭИ у 76 пациенток (85,4%) определялась III степень ЭИ, у 13 (14,6%) – II степень, I и IV степени ЭИ не было выявлено.

Данные, полученные при гинекологическом исследовании, подтверждались и уточнялись ультразвуковым трансабдоминальным и трансвагинальным сканированием. У 73 больных (82,1%) на эхограммах определялись увеличенные яичники с нечетким, «размытым» контуром, у 13 женщин (14,6%) помимо изменений со стороны яичников выявлялись сактосаль-

пинксы различных размеров. Свободная жидкость в прямокишечно-маточном углублении, являющаяся косвенным признаком пельвиоперитонита, обнаружена у 32 пациенток (36,0%).

Консервативное лечение, включающее антибактериальную, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую и симптоматическую терапию было проведено 57 пациенткам (64,0%), у которых отмечалось неосложненное течение ОСО – 1-я группа. 32 больным (36,0%), у которых ОСО осложнился пельвиоперитонитом, помимо консервативной терапии проводилась оперативная лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости – 2-я группа.

При обследовании больных до лечения выявлялось наличие активации ПОЛ, проявляющееся повышением уровня ГП ($329,1 \pm 31,8\%$ к норме), причем, менее выраженное в 1-й группе по сравнению со 2-й ($297,4 \pm 42,5\%$ и $403,7 \pm 56,4\%$ к норме соответственно, $p < 0,05$). При этом отмечалась корреляция между повышенным уровнем ГП и более выраженной степенью ЭИ (III степень) во 2-й группе по сравнению с 1-й (ЭИ – II степени). Анализ состояния АОС у пациенток обеих групп свидетельствовал о тенденции к снижению антиоксидантной активности ($92,6 \pm 21,3\%$ к норме в 1-й группе и $89,1 \pm 17,6\%$ к норме во 2-й группе).

Более выраженный дисбаланс оксидативного статуса и III степень ЭИ отмечались у больных с ОСО осложненным пельвиоперитонитом, в лечении которых применялась оперативная лапароскопия.

После лечения у больных 1-й группы отмечалось еще большее увеличение количества ГП – $365,2 \pm 48,7\%$ к норме, во 2-й группе, при активной санации очага воспаления во время лапароскопии, отмечено достоверное снижение, по сравнению с данными до лечения, количества ГП – $371,8 \pm 32,4\%$ к норме. В обеих группах определено незначительное увеличение АОА ($95,4 \pm 12,8\%$ к норме). При определении показателей ЭИ в динамике отмечалось более быстрое снижение степени ЭИ (на 3-4 дня) во второй группе.

Таким образом, применение современных технологий в дополнение к традиционному лечению острых сальпингоофоритов способствует скорейшей нормализации нарушений оксидативного гомеостаза, снижению частоты развития спаечных процессов в малом тазу (по данным УЗИ в динамике) и более ранней реабилитации больных, что определяет дальнейшее качество жизни женщины, ее способность к восстановлению репродуктивной и сексуальной функции.

Литература

1. Айламазян Э.К. // Акуш. и гин. – 1991. – № 4. – С. 62 – 66.
2. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. – М., 1972.
3. Яглов В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза // Гинекология – 2001. – Том 3, №3. – С. 93 – 97.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. – М., 2001.
5. Любицкий О.Б. Определение антиоксидантной активности биологических жидкостей хемилюминисцентным методом: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999.
6. Sweet R. L. Update in Obstetrics and Gynecology. – Moscow, 1994.

СОСУДИСТЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ AV-ФИСТУЛ У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

А.Н. Толкачев, В.И. Киселев, С.И. Фокин, Л.И. Вольнец

МЛПУ «ГКБ 1», отделение хронического гемодиализа и острых отравлений

Смоленская государственная медицинская академия

Число больных, страдающих терминальными стадиями хронической почечной недостаточности и требующих лечения гемодиализом, ежегодно увеличивается. Так, в 80-е годы, по данным В.М. Ермоленко и соавт.[1], в лечении программным гемодиализом ежегодно нуждались 32 пациента на 1млн. населения в год, в 1998 году эта цифра достигла 150-200 больных [2]. При этом одно из ведущих мест на этапе подготовки больных к лечению, занимает сосудистый доступ для проведения хронического гемодиализа.

Постоянный сосудистый доступ для хронического гемодиализа включает в себя создание оперативным путем артерио-венозной фистулы (AV-фистулы), которая: 1) обеспечивает достаточный кровоток через диализирующий контур; 2) удобна в работе и не нарушает двигательной активности пациента; 3) длительно функционирует; 4) в случае развития осложнений - поддается терапевтической и хирургической коррекции.

Требования к сосудистому доступу возрастают на современном этапе в связи с увеличением продолжительности жизни больных на программном гемодиализе, а также увеличением числа пожилых пациентов, страдающих сахарным диабетом и облитерирующим атеросклерозом периферических сосудов.

Существуют следующие типы артерио-венозных фистул: Первичная лучезапястная AV-фистула в нижней трети предплечья, формируемая между *a.radialis* и *v.cefalica*, или *a.ulnaris* и *v.basilica*. При этом сосудистый анастомоз может быть сформирован по типу «бок вены в бок артерии», «конец вены в бок артерии», «конец артерии в бок вены», «конец артерии в конец вены». Первичная локтевая в области локтевой ямки и нижней трети плеча (*a.* и *v.cefalica*). AV-фистула на бедре (*a.femoralis v.saphena*) в форме петли.

Сосудистый доступ, созданный с помощью синтетического протеза или аутотрансплантата, в качестве которого используется *v.saphena*. Выбор типа AV-фистулы зависит от возраста больного, наличия сопутствующей патологии артерий (облитерирующий атеросклероз сосудов конечностей, кальцификаты в просвете артерии и др.) и их геометрии.

В отделении гемодиализа МЛПУ «Клиническая больница №1» г. Смоленска в периоде с 1994 по 2003 год были сформированы 233 AV-фистулы у больных с терминальными стадиями ХПН. Из них у 231 (99,1%) больных - фистула на артериях верхних конечностей, у 2 (0,9%) больных сосудистые доступы с применением синтетического протеза фирмы «Гортекс».

Возраст больных колебался от 15 до 65 лет. Из них мужчин было 136 (58,4%), женщин 97 (41,6%). В связи с развитием осложнений у 45 больных AV-фистулы формировали повторно, у 5 больных - трижды, 2 больных были оперированы 5 раз.

На предплечье были сформированы 157(67,4%) AV-фистул, из них по типу «конец в бок» - 147(93,6%), «бок в бок» - 8 (5,1%), «конец в конец» - 2 (1,2%). Операционным доступом в локтевой ямке и н/3 плеча были выполнены 76 (32,6%) AV-фистул, все - по типу «конец в бок».

Частота тромбозов при формировании фистул на предплечье составила 32 (13,7%). Фистулы, сформированные в локтевой ямке и нижней трети плеча, осложнились тромбозами в 6 (2,5%) случаях.

Ранний послеоперационный тромбоз чаще всего был связан с техническими погрешностями оперативного вмешательства. Поздний возникал в результате множественного пунктирования сосуда в одном и том же месте, а также в результате гипотонии, гипергидратации или повышенной свертываемости крови у пациентов.

Инфекционные осложнения в виде флебита и тромбофлебита развились у 23 (9,8%) больных. Данные осложнения явились следствием несоблюдения пациентами правил личной гигиены, значительно реже – нарушенном асептике и антисептике.

Изменений центральной гемодинамики у пациентов с фистулами на предплечье не было. В группе больных с фистулами в нижней трети плеча в 3-х клинических наблюдениях в позднем послеоперационном периоде развилась ишемия конечности с явлениями парестезий, похолоданием пальцев кисти и лимфостазом (данные проявления ликвидировались после перевязки фистулы).

Другие послеоперационные осложнения возникали значительно реже. Среди них основными были: недостаточность AV-соустья с низким дебитом крови менее 200 мл/мин, зарегистрирована у 5 больных; у 4-х больных развилась аневризма фистулы; у 1 больного произошел спонтанный разрыв фистулы и кровотечение; в 1 клиническом наблюдении развилась гангрена пальцев на фоне сахарного диабета.

Анализ приведенных данных позволяет заключить, что сосудистый доступ является важным компонентом в качестве оказания гемодиализной помощи. Методом выбора при этом является первичная лучезапястная AV-фистула. Формирование AV-фистулы в нижней трети плеча, несмотря на редкое развитие тромбоза фистулы за счет высокой скорости кровотока в данной зоне, осложняется синдромом «обкрадывания», послеоперационным отеком конечности и сердечной недостаточностью.

Литература

1. Пилотович В.С., Соклаков В.И. Хроническая почечная недостаточность: интеграция и дифференциация лечения. Минск: ПП «Мет», 1993.-156с.
2. Мухаметзянов И.Ш. Комплексная оценка потребности и обеспеченности в заместительном лечении больных с терминальной почечной недостаточностью // Нефрология и диализ.- 2001.- № 1.-т.3.-73-75.

УДК 618.36-007.32+615.015

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

С.С.Томашева

Смоленская государственная медицинская академия

Клинический родильный дом

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка эффективности различных методов лечения плацентарной недостаточности с учетом динамической оценки состояния внутриутробного плода и гемодинамики в системе мать-плацента-плод.

С этой целью нами проведено обследование и лечение 115 пациенток при сроках гестации от 17 до 41 недели с хронической плацентарной недостаточностью. В основную группу нами

было выделено 52 пациентки, которые наряду с традиционной комплексной терапией хронической плацентарной недостаточности получали нейрометаболический препарат ИНСТЕНОН ("Никомед", Австрия). Контрольную группу составили 63 беременные, получавшие общепринятую терапию. Нами изучено состояние при рождении и течение раннего неонатального периода у 112 новорожденных от этих матерей, в том числе 50 пациенток основной и 62 – контрольной группы.

Всем пациенткам в соответствии со стандартами обследования проводились: общеклиническое, наружное и внутреннее акушерское исследование, клинико-лабораторное, а также ультразвуковая фето- и плацентометрия, доплерометрия, кардиотокография (КТГ), оценка биофизического профиля плода (БФП).

Улучшение гемодинамики в системе мать-плацента-плод отмечено в процессе лечения у 40 (76,9%) пациенток основной группы, в то время как в контрольной группе – у 36 (57,1%) ($p < 0,05$). Улучшение состояния плода по данным КТГ было зарегистрировано у подавляющего большинства пациенток основной группы (43 из 52 – 82%), в группе контроля - у 31 пациентки из 63 (49,2%). Положительная динамика показателей БФП наблюдалась у 28 (53,8%) беременных женщин основной и лишь у 21 (33,3%) - контрольной групп. Беременность у всех обследованных женщин основной группы удалось пролонгировать до срока своевременных родов. В удовлетворительном состоянии с оценкой 8-10 баллов по шкале Апгар родилось 46 (92%) новорожденных у матерей основной группы и 50 (80,6%) новорожденных – контрольной группы, в асфиксии легкой степени - 4 (8%) и 12 (19,4%) детей соответственно ($p < 0,05$). Снижение адаптации в раннем неонатальном периоде у детей основной группы отмечено в 2,6 раза реже, чем в контрольной.

Таким образом, применение нейропротекторов в комплексном лечении беременных с плацентарной недостаточностью способно ликвидировать гемодинамические нарушения в системе мать-плацента-плод, улучшить состояние внутриутробного плода и переносимость им процесса родов.

УДК 616.65 – 006.6 – 073. 916

К ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.М.Фетисов, Л.С.Мелехова.

Смоленская государственная медицинская академия.

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из самых распространенных злокачественных новообразований среди мужского пола и в настоящее время находится на 2-м месте среди причин их смерти (Бухаркин Б.В., Подрегульский К.Э., 1999). Частота раковых заболеваний простаты удвоилась с конца 70-х и до начала 90-х годов и на сегодня наблюдается тенденция к выходу заболевания на лидирующее место (Шолохов В.Н., Вишняков А.А., 1999). Причем около 75% диагностированных случаев имеют распространенные или метастатические формы заболевания, т.е. на момент диагностики обнаруживаются III-IV стадии заболевания (Голдобенко Г.В., Ткачев С.И., 1996). Поэтому на передний план выходит ранняя диагностика РПЖ.

Программы ранней диагностики включают пальцевое ректальное исследование (ПРИ) и определение в сыворотке крови уровня простатспецифического антигена (ПСА), который при раке предстательной железы может значительно повышаться (Степанов В.М. и соавт., 1996). Не случайно, что на 3-м международном совещании в 1995 году по вопросам гиперплазии

простаты под эгидой ВОЗ определение ПСА предложено в качестве обязательного метода исследования.

Нами проведены сравнительные радиоиммунологические исследования у 45 пациентов, страдающих аденомой простаты (15 человек), хроническим простатитом (15 человек) и раком предстательной железы (15 человек). Основа радионуклидных исследований – использование меченых йодом – 125 моноклональных антител к ПСА.

При интерпретации результатов определения уровня общего ПСА мы исходили из того, что приемлемой границей для практически здоровых лиц является значение общего ПСА менее 4 нг/мл. По литературным данным, колебание уровня общего ПСА зависит и от возраста пациентов. Поэтому мы учитываем этот фактор тоже.

Согласно нашим исследованиям, в группе пациентов в возрасте 41-70 лет с хроническим простатитом, состоящим на учете и обследованных амбулаторно, количественные показатели соответствовали норме (в среднем 2,2 нг/мл), колеблясь от 0,6 до 5,0 нг/мл.

Практически у всех обследуемых наблюдались общие симптомы хронического простатита: быстрая утомляемость, слабость, пониженная работоспособность. Дизурия, наличие болевого синдрома отмечались у 10 пациентов, у 3 больных преобладали симптомы сексуального плана.

Пальцевое ректальное исследование (ПРИ) у абсолютного большинства больных выявляло не увеличенную по объему простату, но плотную и всегда с четкими ровными контурами, у некоторых пациентов болезненную. Анализ мочи этих пациентов без особых отклонений от нормы.

Количественный анализ ПСА в группе пациентов в возрасте от 56 до 80 лет с аденомами простаты характеризовался нормальными показателями у 7 обследуемых; у 2-х - тенденцией к повышению (соответственно 6,5 и 10 нг/мл), а у 6 обнаруживался диапазон колебаний от 17 до 30 нг/мл.

Клинически обследуемые пациенты с аденомой II-III стадии предъявляли жалобы в основном на затрудненное или учащенное мочеиспускание. Острая задержка мочи наблюдалась у 3 пациентов. В анализе мочи у пациентов с острой ее задержкой определялись макрогематурия, протеинурия, лейкоцитурия в значительном количестве. ПРИ выявляло увеличение простаты в 2,5 раза без четкости ее границ. УЗИ подтверждало выраженное увеличение железы, но с сохранением у большинства больных однородности ее структуры.

У обследуемых 7 пациентов с нормальными показателями ПСА отмечалось увеличение простаты в 1,5-2 раза, плотной консистенции с четкими ровными контурами. При УЗИ подтверждалось и умеренное ее увеличение, и однородность структуры. Анализ мочи у некоторых больных был без отклонений от нормы или с наличием белка, эритроцитов, лейкоцитов, но в незначительном количестве.

Трое из 15 больных, страдающих аденомами, прооперированы. Гистологическое заключение: железисто-мышечная форма гиперплазии простаты.

Данные общего ПСА в группе пациентов с “заболеванием” простаты наглядно отличались от количественных показателей предыдущих групп. Диапазон содержания ПСА в этой группе колебался от 70 до 100 и больше нг/мл, причем у 10 обследуемых ПСА составлял 100 нг/мл. Мочевой синдром проявлял себя макрогематурией, лейкоцитурией, протеинурией фактически у всех больных. Со стороны крови повышение СОЭ отмечалось у большинства больных

этой группы. Пациенты при поступлении предъявляли жалобы на затрудненное мочеиспускание или острую задержку мочи. При ПРИ наблюдалось увеличение простаты в 2-2,5 раза, без четких ее границ за счет одной или обеих ее долей. Аналогичные данные получены и при УЗИ, которое выявляло неоднородность структуры железы (диффузно-неравномерная). У 5 больных этой группы при компьютерной томографии и остеосцинтиграфии обнаружилось распространение процесса на кости таза, очаги гиперфиксации. РФП определялись в костях черепа, ребрах, позвонках.

Абсолютное большинство больных этой группы прооперировано – операция ТУР (за исключением отказа от операции нескольких больных). Данные гистологического операционного материала подтвердили онкопроцесс (преобладание аденокарциномы, затем переходноклеточный рак).

Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что ПСА - это ценный, наиболее чувствительный и специфический опухолевой маркер, определение которого в сыворотке крови необходимо для диагностики и наблюдения за течением гиперплазии и рака простаты. Особенно важно определение уровня ПСА, как наиболее эффективного метода выявления РПЖ, при массовых обследованиях. Диагностическая ценность этого метода возрастает в сочетании с пальцевым ректальным исследованием.

Высокие цифры общего ПСА даже при неубедительных данных ПРИ и УЗИ – свидетельство онкопроцесса и особенно в начальных стадиях рака простаты. Измерения ПСА у больных, перенесших радикальную простатэктомию, тест, указывающий на рецидив заболевания.

1. Литература:

2. Бухаркин Б.В., Подрегульский К.Э. Рак предстательной железы. // Клиническая онкология, 1999. Т.1, с.10-13.
3. Шолохов В.Н., Вишняков А.А. Современные методы ультразвуковой диагностики рака предстательной железы. // Клиническая онкология 1999. Т.1, с.5-8.
4. Степанов В.Н., Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Крохотина Л.В. Дифференциальная диагностика опухолей предстательной железы с помощью определения уровня простатспецифического антигена (ПСА). М., Медицина, 1996.
5. Голдобенко Г.В., Ткачев С.И. Злокачественные опухоли мужских половых органов. // В кн.: Лучевая терапия злокачественных опухолей. Под ред. Е.С.Киселевой, М., Медицина, 1996, с.319-329.

В ПОМОЩЬ МОЛОДЫМ СПЕЦИАЛИСТАМ

УДК 616.346 -002 -089.87: 615.849.19

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛУПРОВОДНИКОВОГО НИЗКО-ИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ РЕЖИМЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА

А.В. Бельков, А.Р. Евстигнеев, С.В. Игнатъев, С.П. Игнатъев, А.В. Борсуков, А.А. Моторин
Смоленская государственная медицинская академия
ЛАН РФ

Проведены исследования по изучению применения низкоинтенсивного лазерного излучения в ультразвуковом режиме при лечении аппендикулярного инфильтрата.

Одним из осложнений острого аппендицита является аппендикулярный инфильтрат, который, по данным литературы, встречается в 1-3% (1,2).

В клинике факультетской хирургии СГМА с 2003 по 2004 гг. находились на лечении 30 больных острым аппендицитом, осложненным аппендикулярным инфильтратом, что составило 2,5% от общего количества больных острым аппендицитом. Среди них было 12 мужчин (40%) и 18 женщин (60%). В возрасте от 18 до 30 лет – 12 больных, от 30 до 50 лет – 15 больных и старше 50 лет – 3 пациента.

В сроки позже 4 суток с момента появления клинических признаков острого аппендицита поступили 5 больных (17%), 25 больных (83%) – госпитализированы в первые 3 суток. У всех больных острым аппендицитом, осложненным аппендикулярным инфильтратом, были диагностированы деструктивные формы воспаления червеобразного отростка: флегмонозный аппендицит - у 22 больных (73 %) и гангренозный - у 8 (27%). Учитывая плотность соединения тканей и органов, составляющих инфильтрат, а также сроки заболевания, выделяли два типа осложнений: 1-й тип – рыхлый аппендикулярный инфильтрат – наблюдали у 25 больных (83%). Он представлял собой рыхлое соединение аппендикса, слепой и подвздошной кишки, а также сальника. У 5 больных (17%) был 2-й тип – плотный воспалительный инфильтрат. Этот инфильтрат представлял собой конгломерат недифференцирующихся и неразъединяющихся тканей.

Из 30 больных острым аппендицитом, осложненным аппендикулярным инфильтратом, у 14 больных были признаки местного перитонита: в 10 клинических наблюдениях (71%) – серозно-фибринозного, в 4-х (29%) – гнойного.

Как свидетельствует современная литература, воздействие низкоинтенсивных лазеров приводит к быстрому стиханию острых воспалительных явлений, стимулирует репаративные (восстановительные) процессы, улучшает микроциркуляцию тканей, нормализует общий иммунитет, повышает резистентность (устойчивость) организма (3,4).

Нами проведено изучение использования низкоэнергетического лазерного излучения в ультразвуковом режиме в комплексном лечении аппендикулярного инфильтрата. Использован новый полупроводниковый низкоэнергетический лазерный аппарат на арсениде галлия «Улей 2КМ», технические характеристики которого позволяют воздействовать на патологический очаг лазерным излучением в ультразвуковом режиме.

Лазеротерапия применялась у 20 больных с острым аппендицитом, осложненным инфильтратом, в контрольную группу вошли 10 больных, приблизительно идентичных по полу и возрасту, у которых лазеротерапия не применялась. Параметры, задаваемые во время работы прибора, были следующими: длина волны излучения - 0,89 мкм, режим излучения - импульсный, время экспозиции - 4 минуты, мощность импульса - 4 Вт, частота импульса - 18 тысяч Гц. Во время работы излучатель устанавливали в правой подвздошной области на расстоянии 3-4 см от поверхности брюшной стенки. Для увеличения площади облучения применяли специальную насадку на излучатель и дистанционный метод облучения.

Клинические данные, позволившие диагностировать аппендиклярный инфильтрат, были следующие: жалобы на боли в правой подвздошной области - 100% больных, тошнота и чаще однократная рвота - 74%, повышение температуры тела - свыше 38° - 35%, от 37° до 38° - 65%. При объективном исследовании выявили: пальпируемое в правой подвздошной области опухолевидное образование (100%), при этом размером до 4 см в диаметре отмечено у 9 больных (45%), от 4 см до 6 см - у 8 больных (40%) и свыше 6 см - у 3 пациентов (15%). Симптом Щеткина-Блюмберга выявляли у 4 больных (20%). Диагноз аппендикулярного инфильтрата у всех больных подтвержден данными УЗИ брюшной полости. Существенное значение в диагностике имели лейкоцитарные показатели крови (табл. 1).

Таблица 1. Показатели лейкоцитоза в диагностике аппендикулярного инфильтрата

Число лейкоцитов	Всего больных	
	Абс.	%
До 10 тысяч	6	20
10 тыс. - 15 тыс	16	54
Свыше 15 тыс	8	26
Нейтрофильный сдвиг	28	94

Эффективность лазеротерапии аппендикулярного инфильтрата оценивали по клиническим показателям, данным контрольного УЗИ и лабораторным показателям. После проводимой лазеротерапии наблюдали анальгетический эффект, проявлявшийся уменьшением боли в правой подвздошной области к четвертым суткам в исследуемой группе и к шестым суткам - в контрольной, а так же нормализацией температурной реакции у всех больных и уменьшением размеров инфильтрата у 20 больных (100%). Характеристика динамики уменьшения инфильтрата при ультразвуковом исследовании представлена в таблице 2.

Таблица 2. Динамика количества больных, у которых выявлен аппендикулярный инфильтрат по данным УЗИ

	1-3 сутки	4-6 сутки	7-10 сутки
Контрольная группа	100%	60%	20%
Исследуемая группа	100%	45%	5%

Положительный клинический эффект лазеротерапии подтверждался показателями общего анализа крови. В то время как в контрольной группе нормализация уровня лейкоцитов крови наблюдалась на 6 - 7-е сутки, у больных исследуемой группы - на 4 - 5-е сутки. Таким образом, применение нового низкоинтенсивного лазерного аппарата «Улей 2КМ» является эффективным неинвазивным методом в лечении больных аппендикулярным инфильтратом.

Литература

1. Русанов А.А. «Аппендицит». Москва, 1979.

2. Ротков Б.Г. «Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците». Москва, 1980.
3. Плетнев В.В. «Лазеры в клинической медицине». Москва, 1996.
4. Берлиен Х.П. «Прикладная лазерная медицина» Москва 1997.
5. Ромашков А.П. «Анализ состояния и стратегия развития лазерных аппаратов в России». Москва, 1994.

УДК 616.37 – 002: 615.849.19

НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ИМПУЛЬСНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А.В.Бельков, А.Р.Евстигнеев, С.В.Игнатьев, С.П. Игнатьев, А.В. Борсуков, А.А. Моторин
Смоленская государственная медицинская академия
 ЛАН РФ

Проведены исследования по изучению применения полупроводникового низкоинтенсивного лазерного аппарата «Улей 2КМ» при лечении острого панкреатита.

Острый панкреатит является одним из самых распространенных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, занимающим по частоте третье место. В последние годы отмечено увеличение частоты этого заболевания, составляющего 7-12% всех острых хирургических заболеваний, причем число больных, поступающих с деструктивными формами острого панкреатита, превысило 25-30% общего числа больных отделений абдоминальной хирургии (1).

В настоящее время широкое применение в медицинской практике получило низкоэнергетическое лазерное излучение, которое генерируют различные лазерные установки. Из них наибольшее распространение имеют полупроводниковые и газовые. Полупроводниковые лазеры экономичнее газовых, меньше их по габаритам и весу, более простые в регулировке параметров излучения (4,5).

Целью исследования явилось изучение применения низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении острого панкреатита. Для этого в клинике факультетской хирургии СГМА используется новый полупроводниковый лазерный аппарат «Улей-2КМ» на арсениде галлия. Параметры, задаваемые во время работы прибора, были следующими: длина волны излучения - 0,89 мкм, режим излучения - импульсный, время экспозиции – 4 минуты, мощность импульса – 4 Вт, частота импульса – 18 тысяч Гц. Во время работы излучатель устанавливали в области проекции поджелудочной железы на расстоянии 3-4 см от поверхности брюшной стенки. Для увеличения площади облучения применяли специальную насадку на излучатель и дистанционный метод облучения. Было изучено действие лазерного излучения в комплексной терапии 65 больных отечной формой острого панкреатита. Из них в возрасте от 20 до 50 лет отмечено 40 мужчин (61,5%) и 11 женщин (16,9%); в возрасте от 50 до 75 лет – 9 мужчин (13,8%) и 5 женщин (7,8%). Контрольную группу составили 55 больных с отечной формой острого панкреатита, получавших стандартное консервативное лечение. Средние сроки поступления составили до 10 часов от начала заболевания. Среди этиологических факторов выявлены злоупотребление алкоголем (58%) и желчнокаменная болезнь (42%).

Диагностика отечной формы острого панкреатита складывалась из 3-х групп методов: клинических, лабораторных и инструментальных. Клиническая диагностика осуществлялась на основании жалоб на сильные постоянные боли в эпигастрии, опоясывающего характера (100%), тошноту и многократную рвоту, не приносящую облегчения (100%), повышение температуры тела – 90% (из них выше 38° - 45%, от 37° до 38° - 55%). При физикальном обследовании выявили напряжение мышц брюшной стенки (90%), разлитую болезненность при пальпации во всех отделах живота (50%).

Лабораторная диагностика была основана на выявлении повышения уровня амилазы мочи – 100% клинических наблюдений. У 100% больных отмечен лейкоцитоз (от 12 до 16 тыс – 78%, от 10 до 12 тыс – 22%), палочкоядерный сдвиг формулы (74%) и повышение СОЭ свыше 20 мм/час – 82%, от 10 до 20 мм/час – 18%. В биохимическом анализе крови повышение показателей АЛТ и АСТ свыше 100 ед/л было в 89% клинических наблюдений, менее 100 ед/л – у 11% больных и общего билирубина плазмы крови свыше 20 ед/л – у 38% больных острым панкреатитом.

Известно, что наиболее широко применяемым инструментальным методом диагностики острого панкреатита является ультразвуковое исследование органов брюшной полости (2). При ультразвуковом исследовании выявлены как прямые, так и косвенные признаки острого панкреатита. Среди первых: увеличение размеров поджелудочной железы (100%), изменение контуров и структуры паренхимы (90%), расширение главного протока поджелудочной железы (50%), признаки панкреатостаза (50%). Косвенными признаками заболевания явились наличие жидкости в брюшной и плевральных полостях – 40%, признаки пареза кишечника (34%) и увеличение размеров желчного пузыря (40%).

После лазеротерапии наблюдали существенный анальгетический эффект, проявлявшийся уменьшением боли у 61 больного к 3 суткам от начала лечения (к 5 суткам – в контрольной группе) (рис. 1).

Температурная реакция нормализовалась у 65 больных основной группы к 5 суткам и у 50 больных в контрольной группе к 6 суткам от начала лечения.

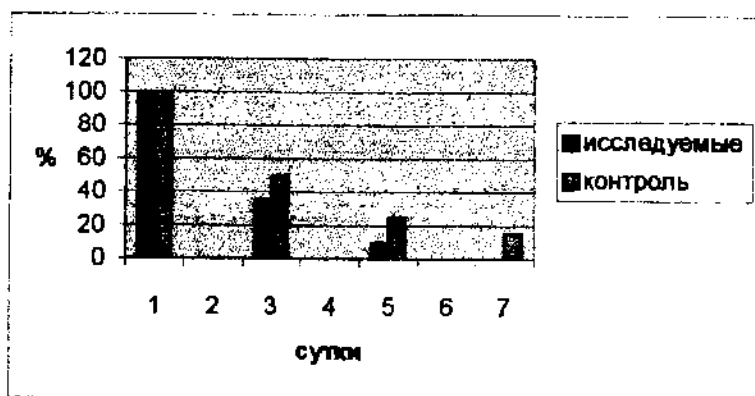


Рис. 1. Динамика изменения болевого синдрома.

После лазеротерапии было зарегистрировано более быстрое уменьшение лейкоцитоза с нормализацией лейкоформулы и характерным увеличением абсолютного содержания лимфоцитов в периферической крови, а также снижение показателей амилазы мочи до нормы (табл. 1).

Таблица 1. Изменение лабораторных показателей у больных острым панкреатитом

	Исследуемая группа			Контрольная группа		
	1-3 сутки	4-6 сутки	7-10 сутки	1-3 сутки	4-6 сутки	7-10сутки
Температура	90%	45%	2%	91%	56%	12%
Лейкоцитоз	100%	38%	3%	100%	52%	10%
Диастаза	100%	44%	2%	100%	65%	8%

Таким образом, подытожив вышесказанное, можно сказать, что применение нового полупроводникового лазерного аппарата «Улей 2КМ» является эффективным неинвазивным методом в лечении больных с острым панкреатитом.

Литература

1. Вашетко Р.В., Толстой А.Д. «Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы» Санкт-Петербург 2000г.
2. Нестеренко Ю.А., Шаловальниц С.Г. «Эхотомография в диагностике и лечении острого панкреатита» Москва 1994 г.
3. ГОСТ Р 50723-94 Лазерная безопасность. Общие требования безопасности при разработке и эксплуатации лазерных изделий. - М.: Издательство стандартов, 1995.
4. Гримблатов В.М. Современная аппаратура и проблемы низкоинтенсивной лазерной терапии // Применение лазеров в биологии и медицине (Сборник). - Киев, 1996.
5. Берлиен Х.П. «Прикладная лазерная медицина» Москва 1997.

УДК 616.37 - 002 - 089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ К ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ (ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ)

С.В.Игнатъев, А.Н.Евдокимов, Т.И. Прохоренко

Смоленская государственная медицинская академия

История лечения деструктивных панкреатитов представляет собой череду постоянных переходов от сверхрадикальных вмешательств до малоинвазивных операций.

Наиболее сложной проблемой является лечение панкреонекроза с поражением жировой клетчатки забрюшинного пространства. Определение оптимального варианта лечения этих больных является чрезвычайно актуальной проблемой.

При выполнении операций на поджелудочной железе, особенно при поражении гнойно-некротическим процессом забрюшинной клетчатки, важное место занимает вопрос об оперативном доступе, который в условиях наименьшей травматичности разреза позволил бы широко обнажить пораженную область. Одним из условий этого является максимальное соответствие кожного разреза объекту хирургического вмешательства (Мясников А.Д., 1956). Несмотря на большое количество доступов к поджелудочной железе, ни один из них не является общепринятым и обеспечивающим во всех случаях хорошие пространственные отношения в ране.

Целью нашего исследования стало выявить с точки зрения анатомо-топографических данных наиболее рациональный способ оперативного доступа к забрюшинной клетчатке, который бы отвечал требованиям максимальной доступности и малой травматичности.

На травматичность влияют: направление и длина разреза, количество поврежденных мышц, сосудов и нервов, усиление при растяжении и сведении краев раны, степень натяжения нитей, качество шовного материала и многое другое (Kanshin N.N. et al., 1991; Carlson M.A., 2001).

Большинство хирургов применяют, как правило, продольный разрез (верхне-срединную лапаротомию). Основные причины целесообразности срединного разреза сводятся к тому, что не пересекаются кровеносные сосуды, нервы, мышечные волокна. Также преимуществом данного доступа является хорошая визуализация и возможность адекватно ревизовать органы брюшной полости (Горбунов Н.С., 2001).

Однако недостаточность кровоснабжения в этой зоне приводит к худшему заживлению операционной раны. При таком разрезе пересекается общее сухожилие всех шести сильных плоских мышц живота, в период после операции линия швов испытывает сильное натяжение, а потому нередко возникают эвентрации и грыжи послеоперационного рубца (И. Литтман, 1969).

По данным А.А.Лаврентьева (1884), сила тяги шести боковых мышц в 2,5 раза больше продельной тяги прямых мышц. Поэтому белая линия живота находится под влиянием сил, растягивающих ее в поперечном направлении. О.Э.Гаген-Торн (1884) считает, что рассечение апоневроза перпендикулярно к направлению их тяги противоречит основным принципам физиологии брюшного пресса. Нервы при срединной лапаротомии не пересекаются, но они травмируются при растяжении краев раны в околоректальных каналах.

Верхне-срединная лапаротомия для больных с панкреонекрозом и поражением забрюшинной клетчатки – травматическое вмешательство, не позволяющее рационально провести ревизию гнойных затеков в забрюшинном пространстве и приводящее к инфицированию брюшной полости. Нередко состояние у таких больных значительно ухудшается и летальность достигает до 80-100% (Козлов В.А, Козлов И.В., 2001).

А.М.Соколов (1951) считает, что доступы, претендующие на минимальную травматичность, должны выполняться по ходу нервов с учетом хода мышц, апоневроза и главных сосудистых стволов.

Для удобства мы придерживались следующего деления забрюшинного пространства на зоны (Прудков М.И., 2000): а) перипанкреатическая клетчатка, поражение которой, по литературным и нашим экспериментальным данным, происходит в 67%; б) ретроперитонеальная клетчатка, условно разделенная позвоночником на:

- левый верхний квадрат (поражение при панкреонекрозе в 36%);
- левый нижний квадрат (40%);
- правый верхний квадрат (6%);
- правый нижний квадрат (23%).

В клинике факультетской хирургии СГМА было проведено исследование на 23 трупах, у которых мы применяли методики внебрюшинного дренирования забрюшинного пространства в зависимости от распространенности гнойно-некротического процесса.

Для дренирования верхних квадратов забрюшинной клетчатки экспериментально нами отработывались следующие доступы:

1) мини-люмботомия со стороны поражения. Разрез под XI-XII ребрами между задней и средней подмышечной линиями. При этом послойно рассекаем кожу, подкожно-жировую клетчатку, поверхностную фасцию. Затем тупым и острым путем послойно разделяем широчайшую мышцу спины, рассекаем поверхностный листок собственной фасции, тупо раздвигаем ее мышечные волокна и сухожильные пучки, вскрываем внутренний листок собственной фасции. Перпендикулярно предыдущему, по ходу сухожильных пучков вскрывается апоневроз внутренней косой мышцы. В поперечном направлении рассекаются поверхностный листок собственной фасции поперечной мышцы, тупо раздвигаются ее мышечные волокна, вскрывается поперечная фасция. Парietальная брюшина тупо отделяется от боковой, а затем и от задней брюшной стенки. При таком препарировании мочеточник оказывается на внешней поверхности парietальной брюшины, а нижняя полая вена, аорта и пограничный симпатический ствол остаются на задней брюшной стенке;

2) в переднем сегменте X межреберья, так, что передняя половина его выступала за передний конец XI ребра (Цуканов Ю.Т., Матвеев Е.В., 1999), рассекаются послойно кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция, межреберные мышцы; с дозированным усилием расширяется межреберье.

Данные разрезы в положении больного на спине ликвидируют трудно дренируемые карманы. Обширные поражения левого верхнего квадрата сопровождаются выраженными изменениями клетчатки позади селезенки и селезеночного изгиба ободочной кишки. Эти области трудно достижимы спереди, но достаточно хорошо доступны из мини-люмботомии.

При поражении нижних отделов забрюшинной клетчатки обрабатывались внебрюшинные доступы в подвздошной области (косо-переменный разрез передней брюшной стенки типа Мак-Бурнея).

Данный разрез хорошо известен хирургам, а также легкое отслаивание тупым путем брыжейки восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки открывает широкий доступ в нижние квадраты забрюшинной клетчатки.

В подвздошной области справа или слева делают типичный послойный косо-переменный доступ Мак-Бурнея. Рассекают кожу, подкожно-жировую клетчатку, поверхностную фасцию. Тупо расслаиваются мышечные волокна и сухожильные пучки апоневроза. В поперечном направлении вдоль волокон проходит поперечная мышца, поперечная фасция, предбрюшинная клетчатка. Затем париетальная брюшина тупо отделяется от внутренней поверхности поперечной фасции. Отделение ее обычно начинается с боковой поверхности и доводится вплоть до края позвоночника. Препарирование осуществляется легко, без кровотечения, при этом околопочечная клетчатка с почкой должны остаться сзади.

Через указанные разрезы производится ревизия пораженных отделов забрюшинного пространства, соединение всех гнойных полостей, удаление свободно лежащих секвестров и установление трубчатых дренажей.

Таким образом, теория и практика хирургических разрезов брюшной стенки исходит из того, что разрез при наименьшей травматичности должен дать возможность максимального обнажения органов (Амбросовский М.Ф., 1948). Травматичность и доступность – два фактора, приведение которых в полное соответствие, – нелегкая задача. Сделать доступ наибольшим, а травматичность наименьшей является актуальной задачей оперативной хирургии.

Литература

1. *Анналы хирургической гепатологии.* / 2001, № 1
2. *Анналы хирургической гепатологии.* /1998, том 3, № 1
3. *Анналы хирургической гепатологии.* /2000, №5
4. Буланов Г.А. Клинические аспекты оперативной хирургии и топографической анатомии. Н.Новгород, 1992.
5. Горбунов Н.С. Лапаротомия и послойное строение передней брюшной стенки. / Красноярск, 2002
6. Мясников А.Ю. Анатомо-топографическое обоснование доступов к поджелудочной железе. / Автореферат, Курск, 1962
7. *Эндоскопическая хирургия,* 1999, № 2
8. *Методы малоинвазивной хирургии и лечения заболеваний органов грудной и брюшной полости.* / Тезисы докл., М., 1995
9. *Техника внебрюшинного дренирования забрюшинной клетчатки из малых доступов при некротизирующем панкреатите.* / Грудков М.И. др., Екатеринбург, 2001
10. *Хирургия* / 2003, № 1
11. Шалдута В.Н. Оценка некоторых методов оперативного лечения острых деструктивных панкреатитов. Харьков, 1969

УДК: 618.3:616.61-007

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

*Л.С.Киракосян, Р.В.Парменов, А.Н.Иванян, Е.Б. Кострова
Смоленская государственная медицинская академия*

Аномалии развития почек занимают особое место среди почечной патологии, так как существуют в течение всей жизни и приводят к развитию органических изменений в почках.

Клиническое значение аномалий развития почек определяется тем, что при них имеются условия, облегчающие возникновение вторичных заболеваний, среди которых первое место занимает пиелонефрит. У женщин одним из важнейших факторов, обуславливающих присоединение вторичных заболеваний при аномалиях развития почек, является беременность. Аномальное строение ограничивает компенсаторные возможности почек, поэтому при беременности, когда все органы и системы работают с напряжением, почки находятся в особенно неблагоприятных условиях, что проявляется усугублением почечной патологии и осложнениями гестации.

Целью исследования было изучение особенностей гестационного процесса у женщин, имеющих аномалии развития почек.

В работе представлены результаты исследования течения беременности и ее исходов у 50 женщин, имеющих различные аномалии развития почек, которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 50 беременных без патологии почек. Средний возраст женщин составил 25 лет. Беременным проводили стандартное клиническое обследование, ультразвуковое исследование почек, доплерометрическую оценку почечного кровотока и кровотока в системе «мать – плацента – плод», УЗИ, КТГ плода.

Показано, что чаще встречались следующие аномалии: полное или неполное удвоение чашечно-лоханочной системы – 34%, гипоплазия или аплазия одной почки – 18%, гидронефроз – 30%, поликистоз почек – 10%, подковообразная почка и тазовая дистопия почек по – 2%. Двусторонний процесс отмечен более чем у 20% пациенток (гидронефроз, удвоение чашечно-лоханочной системы, поликистоз). В 11 из 15 случаев односторонней аплазии, гипоплазии или нефрэктомии отмечалась компенсаторная гипертрофия контралатеральной почки. Хронический пиелонефрит имелся у 60% женщин, у 19 из них он обострился при наблюдаемой беременности, в том числе у 5 – дважды. Более половины обострений возникло в сроки 20-25 недель.

Для систематизации пороков развития почек мы разделили женщин основной группы на две подгруппы. В 1-ю подгруппу вошли 27 пациенток с пороками, характеризующимися уменьшением количества почечной паренхимы: аплазия, гипоплазия почки, поликистоз, киста почки и единственная почка. Во 2-ю подгруппу были включены 23 женщины с пороками, основным проявлением которых являются уродинамические нарушения – гидронефроз, удвоение почки, подковообразная почка.

При анализе наследственности в основной группе чаще, чем в контрольной, выявлялись такие отягощающие факторы, как артериальная гипертензия (24%) и сахарный диабет (8%). Врожденные аномалии почек отягощали наследственность лишь у 8% женщин основной группы (во всех случаях это был поликистоз почек, который характеризуется аутосомно-доминантным типом наследования).

В структуре экстрагенитальной патологии в основной группе отмечается высокая частота хронического пиелонефрита (60%) и артериальной гипертензии (22%). Среди пациенток с АРП выявлена большая доля женщин с дефицитом массы тела (36%).

Настоящая беременность почти у всех пациенток основной группы протекала с осложнениями. У женщин основной группы отмечалась большая прибавка массы тела в течение беременности, которая составила в среднем 11,5 кг по сравнению с 9 кг в контрольной группе. Число женщин с патологической прибавкой веса в основной группе было в три раза больше, чем в контрольной (44% и 16%), что обусловлено депонированием жидкости в организме в виде скрытых или явных отеков. В структуре осложнений беременности первое место занимали анемия и угроза прерывания беременности, которые возникали в 64% случаев, у 44% женщин встречались поздний гестоз и гестационный пиелонефрит.

В основной группе анемия имела преимущественно нормохромный характер и почти у каждой четвертой женщины была II степени тяжести. Анизцитоз был обнаружен в 10% случаев, что не позволяет объяснить столь высокую частоту анемии в ОГ более выраженным дефицитом железа, особенно принимая во внимание тот факт, что частота реализации факторов риска железодефицита в сравниваемых группах достоверно не различалась. Помимо дефицита железа, причинами высокой частоты анемии у женщин ОГ могли быть гипопроteinемия, которая была выявлена у 37% женщин; хронический пиелонефрит, для которого характерно перераспределение железа в клетки макрофагальной системы; недостаточность продукции эритропоэтина, которая может иметь место при уменьшении объема почечной паренхимы.

Учитывая столь высокую частоту анемии у беременных с аномалиями развития почек, мы рекомендуем проводить профилактику анемии в течение всей беременности, причем препараты железа следует назначать лишь после лабораторного подтверждения железодефицита. При выявлении гипопроteinемии профилактика анемии должна включать коррекцию питания. Для изучения влияния отдельных аномалий развития почек на характер возникающих при беременности осложнений, мы провели дифференцированный анализ структуры этих осложнений в выделенных нами подгруппах основной группы. Обнаружено, что частота различных осложнений по подгруппам значительно различалась. Так, у женщин 1-й подгруппы по сравнению с 2-й подгруппой достоверно чаще возникала анемия (70% и 56%) и угроза прерывания беременности (78% и 45%). В то время как во второй подгруппе значительно чаще возникали гестоз (57% и 33%) и гестационный пиелонефрит (57% и 33%).

Учитывая известную взаимосвязь анемии и угрозы прерывания беременности, более частое возникновение угрозы в первой подгруппе может, в свою очередь объясняться высокой частотой анемии. Средний срок возникновения УПБ в 1-й подгруппе был достоверно больше, чем во второй подгруппе (22 и 18 недель соответственно), что отражает динамику развития анемии, степень которой возрастает по мере прогрессирования беременности.

Более частое возникновение гестационного пиелонефрита во 2-й подгруппе объясняется тем, что аномалии отнесенные нами в эту подгруппу (гидронефроз и удвоение почки) характеризуются уродинамическими нарушениями, которые при беременности усугубляются, что создает благоприятные условия для развития инфекции в почках. Более частое развитие гестационного пиелонефрита у женщин 2-й подгруппы, по-видимому, предрасполагает их к более частому возникновению гестоза.

Таким образом, на основании проведенного исследования установлено, что женщины с аномалиями развития почек составляют группу риска по возникновению гестационного пиелонефрита, анемии и угрозы прерывания беременности.

Литература

1. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для мед. вузов. - СПб, 1997. - 493 с.
2. Акушерская и гинекологическая помощь / Под. ред. В.И. Кулакова. - М.: Медицина, 1995. - 303 с.
3. Братчиков О.И., Охотников А.И. Тактика при гестационном пиелонефрите. // Пленум правления Всерос. общества урологов - М., 1996. - С.234-235.
4. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. - Мн.: Вып. шк., 1997. - 604 с.
5. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. - М., Медицина, 1986, 488 с.

АНТИМИКРОБНЫЙ ЭФФЕКТ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ

*С.В.Кирюшенкова, В.А.Володченков, Е.А. Федосов, А.В.Бельков
Смоленская государственная медицинская академия*

В настоящее время основными возбудителями гнойных процессов мягких тканей являются энтеробактерии, энтерококки, золотистый стафилококк и неферментирующие грамотрицательные бактерии. Часто в гнойном очаге они присутствуют в ассоциациях с другими бактериями [4].

Такое разнообразие возбудителей воспалительных процессов при их различной чувствительности к антибактериальным препаратам определяет необходимость разработки и применения новых, более эффективных, и усовершенствование старых средств и методов воздействия на гнойную микрофлору раны [1].

Использование ультразвука при лечении гнойной раневой инфекции продолжается до настоящего времени, т. к. ультразвуковые колебания оказывают антимикробное действие, способствуют отторжению некротических масс, разрушению фибриновых скоплений [3]. Среди новых методов послеоперационной санации гнойных ран в хирургической клинике применяется энергия плазменных потоков инертных газов, в частности, аргона. Совокупность факторов, входящих в состав ионизированной плазмы, оказывает бактерицидное действие на микрофлору гнойных ран [2].

Цель исследования: сравнение антибактериального действия плазменных потоков аргона и низкочастотного ультразвука.

Нами были изучены результаты послеоперационного местного лечения ран у 98 больных с гнойной раневой инфекцией.

В целях определения эффективности методов лечения все больные были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 40 больных, которым проводилось лечение гнойных ран с использованием во время перевязок гидрофильных мажевых повязок (контрольная группа).

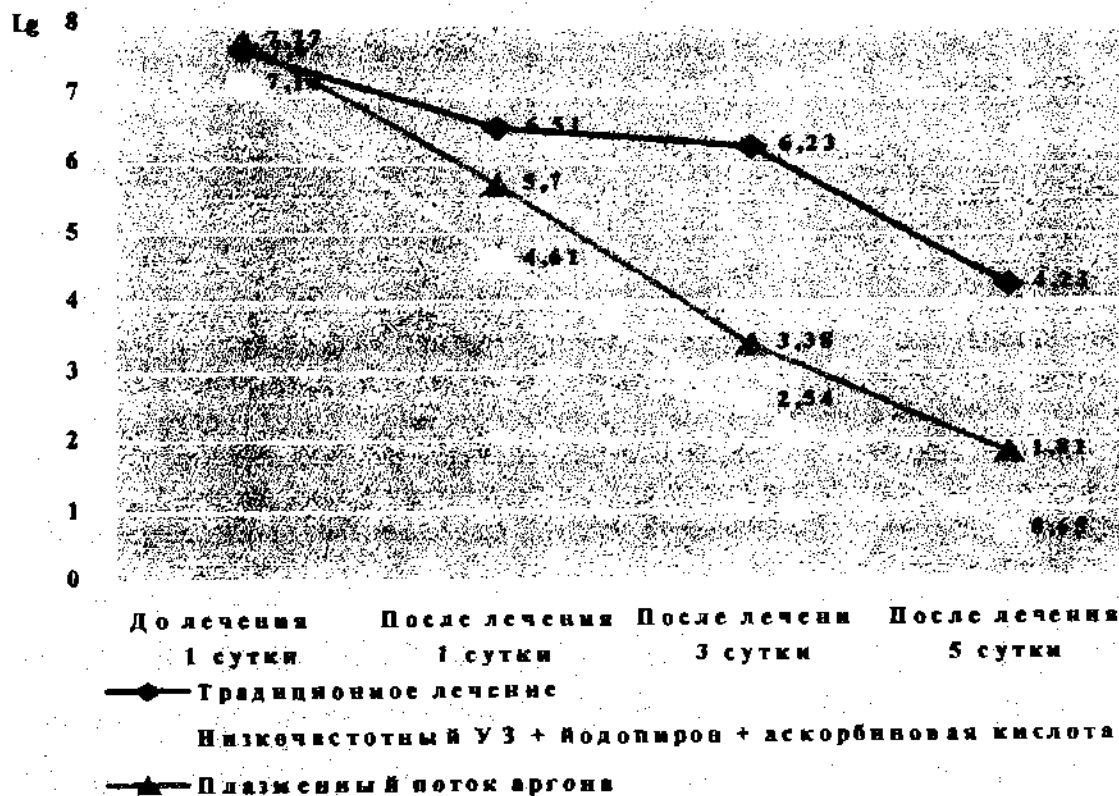
Вторую группу составили 18 больных, которым после операции раневые поверхности обрабатывали низкочастотным ультразвуком через смесь раствора йодопирона и аскорбиновой кислоты. Больным третьей группы, 40 человек, после хирургического вмешательства проводили обработку ран плазменными потоками аргона. Всем больным сеансы местного лечения гнойных ран проводили сразу после операции, а затем на третьи и пятые сутки после нее.

При выполнении работы был использован ультразвуковой генератор типа УРСК-7Н-18 с набором акустических узлов и волноводов-концентраторов цилиндрической формы с диаметром торцевой поверхности 6 мм, из титана марок МК-5 и МК-7.

Источником плазменных потоков служила установка СУПР-М. Получать расфокусированный плазменный поток позволяло использование плазмотрона с физиотерапевтическим действием. В качестве плазмообразующего газа использовали аргон.

До и после каждой обработки раневой поверхности соответствующим методом определяли микробную обсемененность ран: подсчитывали КОЕ/г биоптата. После оперативного вмешательства количество КОЕ/г ткани раны было примерно одинаковым по всем группам

Влияние физических методов лечения гнойно-воспалительных процессов на микробную обсемененность ран (КОЕ/г).



больных и составило больше $\lg 7,0$ (рис. 1).

Рис. 1. Влияние физических методов лечения гнойной раневой инфекции на микробную обсемененность ран ($M \pm m$).

После первого сеанса соответствующего лечения количество КОЕ/г биоптата уменьшилось во всех группах клинических наблюдений. Причем после озвучивания ран через смесь раствора йодопирона и аскорбиновой кислоты обсемененность бактериями снизилась в 10^3 раз, после облучения плазменным потоком аргона – в 10^2 раз, а после традиционного лечения – в 10 раз.

После второго сеанса обработки раневых поверхностей у больных 1-й группы количество КОЕ/г ткани раны снизилось незначительно, до $\lg 6,23 \pm 0,25$. Обсемененность ран бактериями у 2-й группы больных уменьшилась в 10^5 раз по сравнению с исходным уровнем, а в 3-й группе клинических наблюдений – в 10^4 раз.

После третьего сеанса местного лечения, проведенного на пятые сутки после операции, количество КОЕ/г биоптата раны составило в 1-й группе больных – $\lg 4,25 \pm 0,17$, во 2-й группе – $\lg 0,65 \pm 0,15$, в 3-й группе – $\lg 1,81 \pm 0,20$.

Таким образом, наибольший бактерицидный эффект был достигнут после трехкратной обработки ран низкочастотным ультразвуком через смесь йодопирона и аскорбиновой кислоты. Количество КОЕ/г ткани раны уменьшилось за это время на семь порядков.

Плазменные потоки аргона также оказывали выраженный бактерицидный эффект на раневую инфекцию, но он был несколько слабее, чем при озвучивании ран ($p < 0,05$).

Литература

1. Агалов В.С., Шулаков В.В., Цыбров Г.Е. Повышение антибактериальной активности водных растворов антисептиков при помощи низкочастотного ультразвука в клинике хирургической стоматологии // *Зубо-врачебный вестник*. – 1993. – Вып. 2. – С. 20-23.
2. Антимикробный эффект излучения ионизирующей плазмы / Ступин И.В., Новожилов А.И., Домбровский А.М. и др. // *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. – 1990. – Т. 60. – № 10. – С. 413-414.
3. Деккер А.Ф. Низкочастотный ультразвук в лечении и профилактике гнойной инфекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1983. – 16 с.

УДК 616.756.26 - 007.43 - 089

400 ГЕРНИОПЛАСТИК ПО SHOULDISCE: ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

В.В. Лаптев, Р.М. Газиев, Э.Т. Джафаров

Кафедра госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета ГОУ ВПО РГМУ (г. Москва)

Кафедра ФПО хирургии ДГМА (г. Махачкала)

В хирургическом лечении паховых грыж до сих пор остается много нерешенных вопросов. Высокая частота рецидивов (5-15%) после лечения неосложненных и тем более после операций рецидивных форм паховых грыж (35-40%) диктует необходимость поиска надежного, доступного, патогенетически обоснованного и одновременно дешевого метода пластики пахового канала (1-4). В современной герниологии этим требованиям отвечает “золотой стандарт” герниопластики – методика по Shouldice, отражающая принцип восстановления задней стенки и внутреннего отверстия пахового канала (5,6).

Цель работы: Изучение ближайших и отдаленных результатов герниопластики по Shouldice в хирургическом лечении неосложненных и рецидивных форм паховых грыж.

Методы и материалы В нашей работе проанализирован материал двух клиник с 1999 по 2002 год. Различными методами оперировано 1605 пациентов по поводу неосложненных паховых грыж. Среди этого числа пациентов операция Shouldice выполнена 390 больным (24,3 %) с 400 паховыми грыжами (у 10 пациентов – двусторонние грыжи). Средний возраст больных составил 49,6 лет. 74 % - лица трудоспособного возраста. Мужчин – 371 (95%), женщин – 19 (5%).

Сроки грыженосительства до 1 года – у 59%, от 1 года до 5 лет – у 32%, свыше 5 лет – у 9% пациентов. 219 больных оперированы по поводу грыж правосторонней, 161 – левосторонней, 20 – двусторонней локализации. Все грыжи были вправимые. Ущемления в анамнезе отмечены у 6 пациентов. Косых грыж было 71%, прямых – 29%.

Операции производились как в оригинальной 4-слойной методике Shouldice (147 /37%/ операций), так и в 3-слойной (88 /22%/ операций), и 2-слойной (165 /41%/ операций) модификациях. Выбор модификации диктовался особенностями топографо-анатомических изменений пахового канала. Главным принципом герниопластики по Shouldice считаем укрепление поперечной фасции с образованием ее дубликатуры. При выявлении атрофированной поперечной мышцы, мы применяем непрерывный шов вместе с внутренней

косой мышцей, а при значительно выраженной деструкции поперечной фасции подшиваем таким же швом нижнемедиальный край поперечной мышцы (серповидная связка) или мобилизованный край апоневроза прямой мышцы к подвздошно-лобковому тяжу.

При выполнении 400 операций с пластикой канала по Shouldice в 111 (28%) случаях мы встретились со сложными формами паховых грыж. Сохранность сухожильных структур поперечной фасции и илиоингвинального тракта обеспечила возможность выполнения данной операции при лечении 30 пахово-мошоночных, 69 однократно рецидивных, 5 скользящих и 7 комбинированных грыж.

В послеоперационном периоде осуществляли раннюю активизацию больных, адекватное обезболивание. В среднем на одного больного требовалось двухкратное введение наркотического анальгетика. Пациентов выписывали в среднем на 7-е сутки после операции.

Результаты и их обсуждение Частота осложнений раннего послеоперационного периода оказалась достаточно низкой и составила 4,5%. Большинство послеоперационных осложнений (серомы и гематомы) успешно ликвидированы консервативными мероприятиями.

Отдаленные результаты в сроки от 1 до 4 лет после операции прослежены у 298 (76,4%) пациентов путем анкетированного опроса или повторной госпитализации. Рецидив грыжи отмечен у 6 (2%) пациентов.

В группе пациентов с неосложненными паховыми грыжами (229 человек) рецидив отмечен в 3 (1,3 %) случаях, а в группе пациентов с рецидивными паховыми грыжами (69 человек) возникновение повторного рецидива выявлено в 3 (4,3%) случаях. Умеренным физическим трудом занимались 77% пациентов.

Таким образом, представленные в данной работе результаты лечения паховых грыж являются благоприятными в хирургическом лечении как простых, так и рецидивных форм паховых грыж.

Метод герниопластики по Shouldice является анатомически наиболее обоснованным среди всех других способов укрепления задней стенки пахового канала, при этом происходит сопоставление однородных тканей в несколько слоев. Биомеханические свойства накладываемых швов, сохранение косого хода пахового канала обеспечивают прочное и надежное укрепление его задней стенки. Патогенетически обоснована пластика по Shouldice при средней степени разрушения пахового канала, умеренной деструкции поперечной фасции, средних (до 3-4 см) размерах ее дефекта, а также при относительной сохранности илиоингвинального тракта, что делает возможным широкое применение этого метода в хирургическом лечении паховых грыж. Наш опыт показывает, что возможности герниопластики по Shouldice позволяют успешно использовать этот метод также в лечении рецидивных грыж, возникших после пластики передней стенки пахового канала и однократно рецидивных грыж, когда не происходит значительного разрушения сухожильных структур паховой области. Полученные результаты подтверждают преимущество герниопластики по Shouldice, как самой надежной среди методов пластики пахового канала местными тканями.

Выводы Применение многослойной пластики задней стенки пахового канала позволяет добиться благоприятных клинических результатов в хирургическом лечении свободных и рецидивных форм паховых грыж. Необходимо широкое внедрение герниопластики по Shouldice в практику хирургических отделений.

Литература

1. Лаптев В.В., Джафаров Э.Т. Герниопластика по методу Шуудайс в пожилом и старческом возрасте. Клиническая геронтология. - 2003, №9. - с. 101.
2. Сайбуллаев С.А. Показания и результаты операции Шоудайс в практической хирургии: Автореф. дис....канд. мед. наук. - М., 2000.

3. Шляховский И.А. Выбор метода оперативного лечения паховых грыж. Автореф. дис...канд. мед. наук. - М., 1998.
4. Юрасов А.В., Шестаков А.Л., Федоров Д.А., Тимошин А.Д. Герниопластика по E. Shouldice. *Анналы хирургии.* - 2000, №6, с.55-58.
5. Bendavid R. *Der Chirurg, Abstract Volume 68 Issue 10 (1997).* pp. 965-969.
6. Champault G., Barrat C., Catheline J.M. and Rizk N. *Hernia, Springer-Verlag France.* 1998. 2. pp. 19-23.

УДК: 616.36 - 002-072.1 - 089

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

В.И.Маларчук, А.Е.Климов, Ф.А.Бабаев

Кафедра факультетской хирургии Российского университета дружбы народов

Широкое внедрение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в лечении калькулезного холецистита позволило выполнять эти операции даже при явлениях острого воспаления желчного пузыря. По данным литературы, число ЛХЭ при остром холецистите достигает 60 – 70% [1, 2, 3]. Осложнения, возникающие при выполнении этой операции даже при хроническом холецистите, колеблются в пределах от 0.4% до 4.0%. Профилактика же этих осложнений при выполнении ЛХЭ неоднократно докладывалась на различных форумах, однако вопросы профилактики осложнений в условиях острого воспаления желчного пузыря при ЛХЭ достаточно полно не отражались [4, 5].

Важнейшим звеном в профилактике осложнений во время выполнения операции является техника ее выполнения. Наиболее важными ошибками при выполнении операции считаем: травматические повреждения желчных протоков; электроожоги желчных протоков с последующим образованием стриктур; отрыв пузырного протока и потеря его в гепатодуоденальной связке; кровотечения. Источником ошибок при ЛХЭ могут быть: инфильтративные изменения в области желчного пузыря, в особенности в шеечной его части с переходом на гепатодуоденальную связку; нарушение техники выполнения операции.

Инфильтративные изменения при остром холецистите мы видим в большом гартмановском кармане, обтурированным большим камнем, инфильтрации тканей в области пузырного протока с переходом на гепатодуоденальную связку, выраженный отек тканей, затрудняющий захват их зажимом, хрупкость стенок желчного пузыря и пузырного протока при воспалении.

Нарушения техники операции, приводящие к ошибке, заключаются в выборе неправильного метода коагуляции, нарушении техники препаровки, попытке использования неподходящих инструментов.

Методы профилактики: пункция желчного пузыря при невозможности захвата его зажимом; захват дна желчного пузыря специальным зажимом с длинными мягкими браншами и зубцами, или прошивание дна желчного пузыря; техника препаровки, состоящая из обязательного выделения стенки желчного пузыря. При этом широко вскрывается брюшина и значительно уменьшается отек окружающих тканей, особенно по задней стенке желчного пузыря и в области пузырного протока. Брюшина должна быть вскрыта как можно выше, над предполагаемым местом расположения лимфоузла. Этим самым уменьшается возможность контакта с основным стволом пузырной артерии. При любых формах воспаления необходимо

оголить заднюю стенку желчного пузыря для идентификации пузырно-протокового перехода, только после этого можно клипировать пузырный проток.

Материал и методы В наших наблюдениях доля острого холецистита при ЛХЭ составила 49%. Выполнено 760 операций с различными морфологическими формами воспаления желчного пузыря. Структура воспалительных изменений, выявленных при операциях: катаральное - 421, флегмонозное - 217, гангренозное - 15, синдром Мириizzi - 3, неполные пузырно - дуоденальные свищи - 4.

На кафедре разработана методика ретроградной холецистэктомии при невозможной идентификации области шейки желчного пузыря и желчных протоков. Данная методика применена при флегмонозно-гангренозном изменении желчного пузыря при выполнении холецистэктомии у 18 (2.4%) оперированных больных с острым холециститом.

Результаты и обсуждение. Наблюдались следующие осложнения: отрыв пузырного протока - 12, кровотечения из ложа желчного пузыря - 42, кровотечение из стенок желчного пузыря - 23, кровотечение из пузырной артерий - 6 наблюдений. Только в 18 случаях при кровотечениях потребовалась конверсия на открытый метод оперирования и его остановка. Кровотечение из ложа желчного пузыря (особенно при ретроградной холецистэктомии) останавливали фиксацией пластинки ТАХОКОМБА в ложе желчного пузыря. Кровотечение из стенок желчного пузыря профилактически останавливали, вводя внутривенно в стенку желчного пузыря раствор 1% адреналина. Во всех случаях кровотечений из пузырной артерии перехода на открытую операцию не потребовалось.

Травма внепеченочных желчных протоков отмечена в двух наблюдениях, замечена была сразу. При переходе на открытую операцию в обоих случаях был сформирован билиодигестивный анастомоз.

Осложнения в послеоперационном периоде: желченстечение - 7, абсцессы ложа желчного пузыря - 6, гематома подпеченочного пространства - 1, скопление желчи с инфицированием и с формированием абсцесса - 1, отрыв пузырного протока с ожогом пузырного протока на клипсе - 1, наружный желчный свищ за счет пересечения сегментарного протока - 1.

Летальные исходы отмечены у 4 больных: 2 больных умерли от тромбоэмболии легочной артерии, одна - от инфаркта миокарда, и одна больная умерла от неразрешившегося перитонита в результате несостоятельности швов билиодигестивного анастомоза.

Вывод. Выполнение лапароскопической холецистэктомии возможно практически при любой форме воспаления желчного пузыря при достаточном навыке хирургической бригады и соблюдении безопасной техники оперирования.

Литература

1. Балалакин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М. - 1996. - С. 144.
2. Грязов В.И., Тебердиев Ю.Б., Перфильев В.В. Диагностика и лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. - 1991. - № 2. - С. 20 - 25.
3. Кригер А.Г. Лапароскопические операции в неотложной хирургии // Москва. - 1997. - С. 152.
4. Мирошников Б.И., Светловидов В.В., Балабушкин И.А. Опыт лечения острого холецистита у больных старше 70 лет // Вестник хирургии. - 1993. - № 1-2. - С. 108 - 111.
5. Swobodnik W., Seitz K., Kluppelberg U. et al. Ergebnisse der Sonographischen choledochusetein diagnostik // Ultraschal in Med. - 1986. - V.7. - № 3. - S. 108 - 113. w.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

О.С.Негинский, А.Н.Иванян, Т.А.Густоварова

Смоленская государственная медицинская академия

По данным литературы последних лет, отмечено увеличение заболеваемости гиперпластическими процессами эндометрия. Особую значимость решение этой проблемы приобретает у молодых женщин, так как стоит вопрос не только о сохранении здоровья, но и восстановления репродуктивной функции.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста с возможностью сохранения нереализованной функции деторождения.

Нами был проведен анализ заболеваемости гиперпластическими процессами эндометрия по г. Калуга с 1999г. по настоящее время. Был выявлен рост заболеваемости данной патологии, особенно среди женщин активного репродуктивного возраста, который составил 30%.

Обследовано 108 женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в возрасте от 25 до 35 лет, поступивших по экстренным показаниям в гинекологическое отделение БСМП г. Калуги. После детального обследования, все пациентки были разделены на две группы в зависимости от способа терапии выявленной патологии. Основную группу составили 65 женщин, которым проводилось лечение гиперпластического процесса эндометрия монофазным комбинированным оральным контрацептивом (Новинет). В контрольную группу вошли 43 пациентки, которые получали гестаген норстероидного ряда (Норколут).

При изучении анамнеза у пациенток обеих групп была выявлена высокая частота перенесенных детских инфекций: в основной у 58,5% женщин, в контрольной - у 62,8%. Среди экстрагенитальной патологии в обеих исследуемых группах наиболее часто встречались хронические воспалительные заболевания, патология ЖКТ, вегето-сосудистая дистония по смешанному типу. Обращает на себя внимание достаточно высокая частота эндокринной патологии: заболевания щитовидной железы - у 29,2% пациенток основной группы и у 37,2% - контрольной, сахарный диабет - у 7,7% и 7,0%, нарушение жирового обмена - у 29,2% и у 20,9% больных соответствующих групп.

По характеру распределения жировой клетчатки наиболее часто встречался абдоминальный тип ожирения, который является основным проявлением метаболического синдрома, играющего важную роль в развитии гиперплазии эндометрия.

При анализе менструальной функции у 61,5% пациенток основной группы и у 74,4% контрольной наблюдалось нарушение менструального цикла с момента его становления, в структуре преобладали мено- и метроррагии.

Большинство пациенток исследуемых групп имели в анамнезе сопутствующую гинекологическую патологию. Наиболее часто гиперпластический процесс сочетался с воспалительными заболеваниями органов малого таза (в основной группе - у 64,6% женщин, в контрольной - у 67,4% и патологией яичников, основной формой которой был синдром поликистозных яичников (в основной группе - у 29,2%, в контрольной - у 25,6% женщин).

Основным клиническим проявлением гиперпластического процесса эндометрия и показанием для экстренной госпитализации у пациенток обеих исследуемых групп явилось маточное кровотечение. Пациенткам обеих групп при поступлении в стационар было проведено УЗИ

органов малого таза и раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистых цервикального канала и полости матки, под гистероскопическим контролем.

При анализе морфологического исследования соскобов эндометрия было выявлено, что в структуре гиперпластических процессов эндометрия наиболее часто встречались – простая гиперплазия эндометрия: в основной - у 43,1%, в контрольной - у 53,5%; полипы функционального типа: в основной - у 26,2%, в контрольной - у 23,3%; железисто-кистозная гиперплазия: у 18,5% и 16,3% больных соответствующих групп. Железисто-кистозные полипы были выявлены у 10,8% пациенток основной группы и у 9,3% контрольной. Необходимо отметить, что у 30% пациенток обследуемых групп гиперпластический процесс эндометрия сочетался с воспалительными изменениями в эндометрии.

У каждой третьей пациентки обеих исследуемых групп были выявлены изменения как со стороны клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета. При обследовании гормонального статуса у женщин обеих групп уровень эстрадиола в крови был повышен приблизительно у 35% пациенток на уровне сниженного прогестерона.

После получения гистологического заключения больным основной группы назначался новинет, а больным контрольной группы норколут с 5 по 25-й день менструального цикла. Наблюдение за пациентками осуществляли на основании клинических данных, ультразвукового исследования, результатов цитологического исследования содержимого полости матки через 3 и 6 месяцев, а также контрольного раздельно-диагностического выскабливания полости матки под контролем гистероскопии через 6 месяцев.

При исследовании гормонального статуса на фоне проводимого лечения в обеих группах уровень ЛГ и ФСГ снижался до цифр, соответствующих ранней фолликулиновой фазе менструального цикла. Восстановление уровня гормонов, соответствующих овуляторному менструальному циклу, после отмены новинета происходило к 1-2 месяцу, в контрольной группе к 3-4 месяцу. При УЗИ исследовании органов малого таза на 24-25-й день менструального цикла в 1-2-й месяц после отмены гормональной терапии величина М-эха не превышала 10-12 мм у пациенток основной группы и 7-8 мм в контрольной. При гистероскопии и морфологическом исследовании у пациенток контрольной группы были выявлены достоверные гипо- и атрофические изменения в эндометрии, в основной группе практически у всех пациенток эндометрий соответствовал фазе поздней секреции.

При наблюдении за пациентками в течение года среди пациенток основной группы у 20% женщин наступила беременность. У пациенток контрольной группы восстановление детородной функции зарегистрировано не было.

Таким образом, применение новинета с целью лечения гиперпластического процесса эндометрия у женщин активного репродуктивного возраста способствует более быстрому восстановлению двухфазного менструального цикла и наступлению беременности. Данным пациенткам с целью профилактики рецидива параллельно с гормональной терапией показано проведение противовоспалительного лечения, санации очагов инфекции и коррекции иммунных нарушений.

Литература

1. Владимирова Н.Ю. Влияние реабилитационной терапии на состояние эндометрия женщин с привычным невынашиванием беременности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1997. – 19с.
2. Плиева Э.Г. Оптимизация лечения больных репродуктивного периода с гиперпластическими процессами эндометрия: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1997. – 23с.
3. Уварова Е.В. Сочетанная доброкачественная патология эндо- и миометрия у больных репродуктивного возраста: Автореф. дисс. докт. мед. наук. – М., 1993. – 46с.

4. Mazur M.T. Abnormal endometrial biopsy: pathology and management. // In: Primary Care in Obstetrics and Gynecology. A Handbook for Clinicians. - Springer, 1998. P. 52-63.
5. Norris H.J., Connor M.P., Kurman R.J. Preinvasive Lesions of the endometrium. // Clinics in Ostr. And Gynecol. - 1996. - Vol. 13. №4. - P. 725-738.

УДК 618.312 - 072.1 - 089

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.А. Степанькова, Н.С. Денисова, Г.Н. Аленина, И.Ю. Фофонова

Смоленская государственная медицинская академия

Внематочная беременность - заболевание, частота которого в индустриально развитых странах составляет в среднем 12-14 на 1000 беременностей (Савельева Г.М. и соавт., 2004). Нередко данная патология представляет не только непосредственную опасность для жизни больной, связанную с возможным внутренним кровотечением, но и чревата неблагоприятными последствиями: утратой репродуктивной функции, а в дальнейшем спасчным процессом в малом тазу, повторной внематочной беременностью, вторичным бесплодием.

Лечение эктопической беременности повсеместно проводится оперативным путем и может быть осуществлено на любом этапе трубной беременности как в радикальном, так и органосохраняющем объеме. Повышение качества лечения, что необходимо для сохранения здоровья и репродуктивной функции женщины, может быть достигнуто путем выполнения щадящим доступом операций реконструктивного характера с использованием минимально инвазивных технологий, одной из которых является лапароскопия.

Целью нашего исследования являлось изучение значения лапароскопии в хирургическом лечении прогрессирующей и нарушенной внематочной беременности.

Нами проведен анализ 188 историй болезней пациенток, оперированных по поводу эктопической беременности лапароскопическим доступом. Средний возраст пациенток составил 24,6± 4,2 лет. Анализ гинекологического анамнеза показал, что половина пациенток (48%) страдали воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, которые, как правило, наиболее часто предшествуют внематочной беременности. У 10 (5,3 %) пациенток исследуемой группы данная трубная беременность была повторной. В 40 клинических наблюдениях (21,2%) в анамнезе были указания на лапаротомию по поводу как гинекологических, так и хирургических заболеваний.

Комплексное обследование больных с подозрением на внематочную беременность включает трансвагинальное ультразвуковое исследование на аппарате SonoAce-1500, определение количественного уровня В-субъединицы ХГ в сыворотке крови иммуноферментным способом.

Лапароскопия проводилась с применением аппаратуры и инструментов фирмы Karl Storz по общепринятой методике. Большинство пациенток беспокоили боли и кровянистые выделения из половых путей (62,9%), только кровянистые выделения (15,4%), боли внизу живота (9,8%). При ревизии органов брюшной полости в процессе выполнения эндоскопической операции была диагностирована эктопическая беременность, которая в 88% случаев локализовалась в ампулярном или истмико-ампулярном отделе маточной трубы, в 1,06% (2 случая) - в интерстициальном, в 10% - в истмическом отделе трубы, в одном случае плодное яйцо находилось в трубном углу матки (маточная труба была удалена ранее), в одном случае была диагностирована яичниковая беременность. В 72% случаев трубная беременность прервалась по типу трубного аборта, в 15% - по типу разрыва трубы, в 12,2% имела место прогрессирующая трубная беременность.

У подавляющего большинства пациенток (91,6%) операция выполнена в радикальном объеме (удаление маточной трубы в связи с выраженными изменениями в ней и ее функциональной бесперспективностью). При прогрессирующей внематочной беременности у 13 пациенток (6,9%) проведена органосохраняющая операция – туботомия с последующим удалением плодного яйца. В 1 случае выполнена резекция яичника по поводу яичниковой беременности. Переход на лапаротомию – в 3 случаях резекция трубного угла матки при локализации беременности в интерстециальном отделе трубы.

Профилактика гнойно-септических осложнений проводилась путем однократного введения антибиотиков интраоперационно внутривенно. Осложнений в процессе оперативного вмешательства не наблюдалось. В наблюдениях с консервативным хирургическим лечением внематочной беременности в виде туботомии проводилось контрольное исследование ХГ на 5, 7, 14-е сутки после операции. Нормализация показателей ХГ отмечена в среднем через 14 дней.

Послеоперационный период больных, перенесших лапароскопическое вмешательство, протекал без особенностей. Поведение пациенток было активным к концу первых суток. Применения наркотических анальгетиков не требовалось в связи с отсутствием болевого синдрома. Средний койко-день составил 3,6 ± 1,4 дня.

Таким образом, лапароскопический доступ при внематочной беременности позволяет проводить органосохраняющие операции, повысить качество лечения больных с данной патологией путем снижения травматичности и продолжительности операции, обеспечения ранней физической реабилитации, психологического комфорта пациенток.

Литература

1. Лапароскопия в гинекологии// Под редакцией акад. РАМН Г.М. Савельевой, Москва 2000г.
2. Гинекология под редакцией акад. РАМН Г.М. Савельевой, проф. В.Г. Бреусенко, Москва 2004г.
3. Диагностическая ценность объективных методов исследования при эктопической беременности автореферат Н.М. Отвагина, Смоленск 2000г.

УДК 618.2+615.015

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У БЕРЕМЕННЫХ В ГОРОДАХ РОССИИ

*Е.А. Стриженок, А.Н. Иванян, Г.Д. Бельская
Смоленская государственная медицинская академия*

Одной из основных составляющих ведения беременных пациенток является лекарственная терапия.

Целью исследования явилось изучение частоты, структуры и показаний для назначения ЛС беременным в Центральном Федеральном округе (ЦФО) России. Исследование проводилось в 6 городах ЦФО России (Брянске, Калуге, Смоленске, Москве, Орле, Липецке). Врачи женских консультаций (ЖК) одновременно выбирали амбулаторные карты беременных со сроком > 35 недель и заносили данные о ЛС, которые назначались беременной с момента её первого визита в ЖК, в специально разработанные индивидуальные регистрационные карты (ИРК).

Всего проанализировано 300 ИРК. Лекарственная терапия назначалась в 100% случаев, чаще ЛС назначались в ЖК – 85,2%. Среднее количество назначенных за весь период беременности ЛС составило 10,7 (от 3 до 22). Наиболее часто (от общего числа проанализированных карт) назначались: витаминно-минеральные комплексы - 88,3%; минералы (препараты магния,

кальция, йода) – 74,2%; препараты железа - 61,8%; фолиевая кислота – 53,1%; спазмолитики - 44,2%; ЛС для профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности – 42,5%; антимикробные ЛС местно - 35,8%; токолитики – 23,4%; системные антибиотики -- 21,7%. Причинами назначений (от всех показаний) явились: профилактика гиповитаминозов - 12,4%; лечение и профилактика фетоплацентарной недостаточности; гестоза – 10,6%; анемия - 10,2%; угроза прерывания беременности – 9,7%; воспалительные заболевания наружных половых органов – 6,8%; ОРВИ – 3,5%; инфекции мочевых путей – 2,3%.

Полученные данные свидетельствуют о достаточно широком назначении ЛС беременным. 100% женщин получают не менее 3 ЛС на протяжении беременности, не учитывая роды и послеродовый период. При этом недостаточно используются современные ЛС. Зачастую состояния, при которых беременным назначаются ЛС, не требуют медикаментозной терапии.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 614.2: 617

К 200-ЛЕТИЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПЕРВОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. СМОЛЕНСКА

А.В. Бельков, А.В. Бельская

Смоленская государственная медицинская академия

Об открытии первого лечебного учреждения в Смоленской губернии упоминается в Докладной записке Военного министра князя Вязьмитинова царю Александру I в декабре 1804г.: «...на Покровской горе существует деревянное, но на каменном фундаменте строение, которое Приказом Сибирского Приказа уступил для открытия госпиталя, оставляя себе в нем флигель для помещения пятидесяти больных Ведомства гражданского, о коих Приказ будет иметь свое попечение».

Следующее упоминание о городской больнице мы находим в труде П.И. Инкизина «История города Смоленска», 1846г.: «...для подведомственных Приказу заведений устроено, близ Петербургской заставы, огромное красивое каменное в два этажа с церковью внутри здание, в котором будут находиться также смиренительный том и отделение для умалишенных». В то время больница могла принять в свои помещения 40 коек для больных и 10 для умалишенных.

В 1866г. больница перешла в ведение Смоленского губернского земства. Сохранился предписывающий циркуляр 1866г. с собственноручной пометкой Смоленского губернатора, где сказано, что на базе богоугодного заведения основывается земская больница для крестьян, рабочих и ремесленников, и было в этой больнице общесоциальное отделение на 80 кроватей, которым заведовал врач В.И. Краузе, и отделение для умалишенных на 30 человек, которое возглавлял ординатор А.И. Строганов. Оснащение этого заведения медицинским инструментарием было плохим. Имелась всего одна операционная, служившая также и перевязочной.

Первые преобразования в земской больнице связаны с именем Н.П. Энгельгардта, работавшего старшим врачом здесь с 1876 по 1896г. Он отвечал за расширение кровного фонда больницы и введение специализации отделений, открытию амбулатории. Об объеме хирургической помощи, оказываемой в земской больнице, мы можем судить по данным «Медицинского отчета за 1893г. Энгельгардт пишет в отчете о проведении крупных костных вмешательств: ампутациях и резекциях костей, гинекологических операциях (истерикотомиях), операциях на позвоноках (грыжесечениях, надпочечных камнесечениях, удалении инородных тел, устранивших кишечной непроходимости), а также об операциях по удалению опухолей кожи и слизистых, опухолей молочной железы, трахеостомиях, не говоря уже об амбулаторной хирургии-повседневной в практике больницы.

В 1897г. в земской больнице было открыто хирургическое отделение, заведовать которым был приглашен С.И. Спасокукушкин, незадолго до назначения инсавший в Смоленскую земскую управу. Ввиду вакансии места ординатора Смоленской губернской

земской больницы, заведующего хирургическим отделением, имею честь покорнейше просить назначить меня на упомянутое место». Спасокукоцкий оживил больницу своей кипучей хирургической деятельностью, придал всей врачебной работе невиданный до-



Б.Э. Линберг

толе размах. Среди множества проблем, которые им разрабатывались, несомненно, нужно выделить проблемы желудочно-кишечной хирургии. Много работ посвящены хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки (операции гастронтеростомии, резекции желудка), предложен новый способ оперативного лечения паховой грыжи, вошедший в литературу как способ Жирара-Спасокукоцкого. Одним из первых в России он начал производить резекцию при язвенной болезни желудка, предложил свою модификацию операции (операция по Спасокукоцкому-Финстереру). Он активно изучал хронические неинфекционные заболевания легких. Одним из первых в мире выполнил двухмоментную пневмотомию, а затем и доэктомию.

Под руководством Сергея Ивановича воспитывалась целая плеяда врачей. За период с 1899 по 1908 гг. через больницу прошли около пятидесяти экстернов и ассистентов, ставших впоследствии видными учеными. Среди них - А.И. Крымов,

Я.О. Гальперин, В.С. Левин, Т.И. Краснобаев. К моменту отъезда Спасокукоцкого (1908 г.) земская больница состояла уже из восьми отделений, в том числе хирургического на 50 коек. В апреле 1918 г. губернские земства были ликвидированы, но накопленный немалый опыт земской медицины лег в основу новой системы здравоохранения. А земская больница приобрела статус городской.

В 1920 г. образован Смоленский государственный медицинский институт, а в 1923 г. - кафедра факультетской хирургии, первым руководителем которой стал проф. Б.Э. Линберг. Земский врач Тамбовской губернии, врач военно-полевого госпиталя, доцент Саратовской клиники - основные этапы пути, который, по совету С.И. Спасокукоцкого, продолжил в Смоленске. Докторская диссертация «Поражение реберных хрящей после возвратного тифа» определила интерес Линберга к грудной хирургии на всю жизнь.

Последний период работы в Смоленске был весьма плодотворен: разрабатывались вопросы торакальной пластики, онкологии, травматологии, нейрохирургии, общей хирургии. При активном участии Линберга были созданы онкологический и костно-суставной туберкулезный диспансеры, областная станция переливания крови, областное научное хирургическое общество.



С.М. Некрасов

С 1935 по 1961 г. кафедрой факультетской хирургии заведовал проф. С.М. Некрасов - ученик известного петербургского хирурга В.А. Ошеля. За это время в клинике расширился объем нейрохирургических, абдоминальных операций, развивалась хирургическая эндокринология. Много внимания уделялось онкологии и ангиологии. Были подготовлены и защищены кандидатские диссертации Н.Ф. Мавькина, И.М. Воронцова, Б.С. Быковского, С.И. Юрасова, Е.Г. Шабановой, Н.Е. Воробьева и др.

После освобождения Смоленска от немецко-фашистских захватчиков С.М. Некрасов принимает деятельное участие в



С.И. ЮРАСОВ

восстановлении клиники и института.

В 1961-1962 гг. Некрасова сменил его соратник С.И. Юрасов, которого многие хирурги Смоленщины считали своим учителем.

В 1962г. руководителем клиники избран проф. П.П. Алексеев - представитель Ленинградской школы хирургов, признанный авторитет в ангиологии. П.П. Алексеев

и его ученики (А.К. Садекова, В.С. Багдасарьян, А.В. Нурмакелли, А.И. Ковалева, И.Ф. Филімоуенков и др.) активно разрабатывали методы диагностики и лечения болезней периферических сосудов и знали этиопатогенез интратермита, болезни Рейно, варикозной болезни, опухолей сосудов. Велось активное лечение болезней щитовидной железы, опухолей зрительного нерва, отосклеротической патологии. Сотрудниками клиники защищены 12 кандидатских диссертаций, опубликовано более 500 научных работ.

В 1963г. в клинике было открыто отделение анестезиологии и реанимации, в 1964г. организована круглосуточно функционирующая лаборатория «искусственная почка» - в последующем центр оказания помощи больным острой и хронической почечной недостаточностью (отделение гемодиализа).

В 1965г. открыто отделение сердечно-сосудистой хирургии. С уходом на пенсию в 1984г. проф. П.П. Алексеева кафедрой последовательно руководили: проф. Ю.Н. Морозов, доц. В.С. Багдасарьян, проф. Ф.И. Дуденко.

В эти годы стали применяться плазменный скальпель, ультразвук в лечении болезней сосудов и гнойной хирургии, органосохраняющие операции (различные виды ваготомий) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.



П.П. АЛЕКСЕЕВ

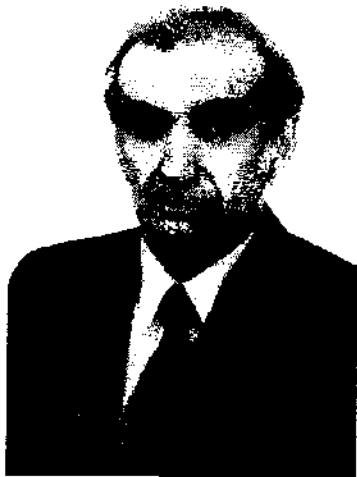


Ф.И. ДУДЕНКО



В.С. БАГДАСАРЬЯН

В декабре 1988г. заведующим клиникой избран проф. С.А. Касумьян. В клинике стали шире осуществлять операции при опухолях поджелудочной железы и прямой кишки, впервые в Смоленске выполнена эндоскопическая холецистэктомия. В лечебную



С.А. Касумьян

практику внедрены детоксикация с помощью ксеноселезенки, озона и электролизного раствора гипохлорита натрия, новые способы использования плазмотропа (А.Д. Лелянов, Е.М. Жорова, О.Д. Варчук). В это время защищены 6 кандидатских диссертаций.

С 1996г. клиникой факультетской хирургии руководит академик РАМН, проф. А.В. Бельков, сферой научных и практических интересов которого являются перфузионные методы лечения, искусственное кровообращение в хирургии открытого сердца, проблемы разлитого гнойного перитонита, эндоскопическая хирургия и трансплантология.

В настоящее время на кафедре факультетской хирургии работают: д.м.н. Д.В. Нарезкин, ассистенты А.С. Ефимкин, к.м.н. С.В. Игнатъев, к.м.н. Л.Н. Вольнец.

За последние годы в клинике защищены 3 докторских, 2 кандидатских диссертаций, прошли апробацию 3 кандидатских диссертации. Основными научными проблемами, которые активно изучаются и разрабатываются в настоящее время, являются: операции на сердце и сосудах, внедрение плазменного скальпеля в хирургию сосудов малого диаметра, коронарография и стентирование сосудов сердца, операции на пищеводе, печени и поджелудочной железе, гемодиализ, эндохирургия. Сейчас клиника факультетской хирургии является не только лечебной базой ЦКБ, но здесь изучают хирургию два курса лечебного факультета, интерны, ординаторы, аспиранты и слушатели ФУВа.



А.В. Бельков



КОЛЛЕКТИВ КЛИНИКИ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, 2000Г

Редколлегия журнала сердечно поздравляет коллектив клиники факультетской хирургии с юбилеем, желает крепкого здоровья и творческих успехов.

Литература

1. Никитин П. История города Смоленска // Москва. -
2. 1847. - период III, глава IV с. 312.

3. Обзор деятельности земства Смоленской губернии за весь период существования земских учреждений. // Смоленск - 1866-1880 гг.
4. Манисяк Н.В. Здравоохранение земское. Смоленская областная энциклопедия. СГПУ. // Смоленск. 2003. - с. 164-165.
5. Энгельгардт Н.П. Медицинский отчет по Смоленской губернской земской больнице. 1893 г.
6. Труды академика С.Н. Стенюковичского под ред. проф. А.М. Бакулева. - Москва. - 1948. - I, II том.
7. «Рабочий путь» - 12 декабря 1967 г. («Ставное 130-летие» И.Киреев, В.Жуков).
8. «Рабочий путь» 6 марта 1997 г. («Земство создало больницу» М.Левитин).
9. Разработка кафедры факультетской хирургии «История кафедры» под ред. В.С.Багдасарьяна. Смоленск, 1990.

ДАТЫ. ЮБИЛЕИ. ПОЗДРАВЛЕНИЯ.



Редколлегия журнала «Вестник СГМА», ученики и сотрудники сердечно поздравляют ректора СГМА академика РАЕН, д.м.н., профессора Пleshкова В.Г. с 60-летним юбилеем, желают доброго здоровья, новых творческих успехов в благородном труде.



Исполнилось 70 лет со дня рождения заведующему кафедрой травматологии и военно-полевой хирургии д.м.н., профессору Фаддееву Д.И. Редколлегия журнала, коллеги и друзья поздравляют Дмитрия Ивановича с юбилеем, желают ему здоровья и творческих успехов.



Исполнилось 50 лет со дня рождения заведующему отделением сердечно-сосудистой хирургии ГКБ №1 г. Смоленска д.м.н. Магидову Л.А. Коллектив клиники факультетской хирургии, коллеги и друзья сердечно поздравляют Леонида Александровича с юбилеем, желают крепкого здоровья, счастья и дальнейших творческих успехов.

В "Вестнике Смоленской медицинской академии" публикуются научные статьи, краткие научные сообщения по вопросам медицины и биологии, обзорные статьи, статьи, посвященные проблемам педагогики высшей медицинской школы.

Требования по оформлению научных статей: объем - до 3 стр. (через 1 интервал). В статье должны найти отражения: постановка вопроса, краткое описание методов исследования, характеристика полученных результатов, выводы или заключения. В статью можно включить 2 простых штриховых черно-белых рисунка (формат *.BMP), 2 таблицы. Цветные иллюстрации не принимаются. Размер рисунков, таблиц - не более половины стандартной страницы. Список литературы - обязателен (5-7 источников). Все материалы, включая иллюстрации, представляются в виде компьютерного файла (дискета 3,5"), выполненного в среде WinWord 6-7 (шрифт основного текста - Times New Roman суг., № 14, поля со всех сторон - 2.5 см), а также в виде распечатанного текста (1 экз.). Не допускается построение графиков, рисунков средствами текстовых редакторов, а также ввод графиков, рисунков в текст статьи в режиме "Вставка - кадр", вводить только в режиме "Правка - вставить". К статье, подписанной всеми авторами, визированной заведующим кафедрой, должно быть приложено краткое резюме (2-3 предложения по содержанию).

Требования по оформлению обзорных статей - объем - до 15 стр., включая иллюстрации, список литературы. Материалы представляются в виде компьютерного файла (дискета 3,5"), выполненного в среде WinWord 6-7 (шрифт основного текста - Times New Roman суг., № 14, поля со всех сторон - 2.5 см), а также в виде распечатанного через 1 интервал текста (1 экз.) с подписями авторов и визой заведующего кафедрой. Тематика обзорной статьи предварительно должна быть согласована с редколлегией.

Требования по оформлению кратких сообщений: объем - 1 стр. без иллюстраций, таблиц и указателя литературы. Материалы представляются в виде компьютерного файла (дискета 3,5"), выполненного в среде WinWord 6-7 (шрифт основного текста - Times New Roman суг., № 14, поля со всех сторон - 2.5 см), а также в виде распечатанного через 1 интервал текста (1 экз.) с подписями авторов и визой заведующего кафедрой.

Ответственность за достоверность всех фактов, изложенных в статьях, достоверность ссылок на источники, правильность оформления списка библиографии, *орфографию* несут авторы статей, заведующие кафедрами, представившие работу к публикации. Редколлегия оставляет за собой право изменения, сокращения объема статей по своему усмотрению, а также их дополнительного рецензирования.

Стандарт оформления статьи

УДК 612.078.89

К методике регистрации вызванных потенциалов у человека

А. О. Аверченкова

Смоленская государственная медицинская академия

Вызванный потенциал (рис. 1) - закономерный биоэлектрический ответ, наблюдаемый на электроэнцефалограмме при однократном воздействии раздражителя [1] ...



Рис. 1. Усредненный с помощью ЭВМ вызванный потенциал соматосенсорной коры

Литература

1. Анохин П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М.: Медицина, 1968. - 540 с.
2. Бюзе П., Эмбер М. Сенсорные проекции в моторной коре кошек // Теория связи в сенсорных системах. М.: Мир. -1964.- 214-229 с.
3. Платонов И. А., Яснецов В. В. Влияние фракций тимозина на развитие токсического отека-набухания головного мозга // Бюл. exper. биол. -- 1994. -№3. - С. 290-291.
4. Платонов И. А. Фармакологическое обоснование применения ряда нейролептиков и регуляторных пептидов при отеке-набухании головного мозга. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1995.
5. Evarts E. V., Bizzi R., Burce R. E., DeLong M., Thach W. T. Central control of movement // Neurosci. Res. Program. Bull. 1977. - V. 9. - P. 129-135.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ	3
ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО УЗЛОВОГО ЗОБА: НУЖНА ЛИ ОПЕРАЦИЯ А.Н.БАРСУКОВ, Е.В.КИСЕЛЁВ	3
СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ЧРЕСКОЖНОЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭТАНОЛОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ А.Н.БАРСУКОВ	8
ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЦИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ НА ФОНЕ ПЕРИТОНИТА А.В.БЕЛЬКОВ, А.В.КУЧЕНКОВ	14
КЛИНИКО-ПАТОАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА «ЛЕТАЛЬНОГО» СУБТОТАЛЬНО-ТОТАЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА А.В.БЕЛЬКОВ, А.И. ПАНКОВ, С.В. ИГНАТЬЕВ, Т.И. ПРОХОРЕНКО	17
ПЕРСПЕКТИВЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ЛИЗИСА В ЛОКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА А.В. БОРСУКОВ, А.В. Бельков, А.И. Гассинец, Р.А. Алибегов, А.С. Ефимкин, Н.В. Новикова, Е.П. Голик, Ю.С. Терентьев, З.А. Лемешко, Б.К. Момджан	22
АНТИКОАГУЛЯНТНЫЕ КОМПОЗИЦИИ ДЛЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ МАЛОГО ДИАМЕТРА Л.И. Вольнец, А. В.Бельков, В.И. Севастьянов, А.Б. Вольнец, А.Н. Евдокимов	24
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МИКРОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ В.В. Лаптев, А.Ю. Цкаев	28
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ А. Д. Лебянов, Ю. Н. Жинко, А. А. Ефремов	30
РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В.И. Малярчук, Ф.В. Базилевич, З.Ш. Абашидзе, А.С. Габоян, А.Е.Климов	34
К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕАТОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В.И. Малярчук, Ф.В. Базилевич, А.Е. Климов, А.С. Габоян, В.Ю. Малога, О.Н. Петенко	37
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕ- РОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И СТЕНОЗА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА	

В.И. Малярчук, А.Е. Котовский, И.М. Шадин, Н.С. Шкурская, А. А. Аль-Хакими 39

**ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО
ХОЛЕЦИСТИТА**

В.И. Малярчук, В.П. Русанов, Ф.А. Бабаев42

**АНАЛИЗ ПРЕРОДОВОЙ ПОДГОТОВКИ И ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У
БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГЕСТОЗОМ**

А.Н. Мамась45

**МЕТОД КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ
АЛГОРИТМЕ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО
КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Т.В. Маринич, А.В. Борсуков, А.В. Бельков, Р.А. Алибегов, Д.В. Нарезкин, А.Б. Вольнец,
О.А. Сергеев47

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Д.В. Нарезкин, А.Д. Шатохина51

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ОРГАНА СЛУХА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ**

И.В. Отвагин 54

**К ВОПРОСУ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЯХ ПРИ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Е.А. Северова 57

**АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

О.Е. Шалаева60

**К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ
ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ**

С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мыльников, А.Г. Паньков, С.Ю. Орлов,
Т.Б. Ардасенов64

**МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ ЖЕЛУДКА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

Е.А. Юркова, Л.В. Тихонова66

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ69

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ
ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).**

Ф.В. Базилевич, А.С. Габоян, В.И. Малярчук, З.Ш. Абашидзе, А.Е. Климов69

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРФТОРОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ П.М. Храмцов, Л.А. Магидов	76
ГИГАНТСКИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ А.Д. Шатохина, Д.В. Нарезкин	82
КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ	90
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ А.В. Бельков, В.А. Володченко, Т.И. Прохоренко	90
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ ФЛЕКС ИЗ ПОЛИУРЕТАНМЕТАКРИЛАТА А.Г. Белькова, Л.А. Деев	92
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА РАДИАЦИОННО-ЗАГРЯЗНЕННЫХ И УСЛОВНО «ЧИСТЫХ» ТЕРРИТОРИЯХ А.В. Бельков, С.В. Коренев, Е.С. Селиванов	94
ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИСТОТИПА ОПУХОЛИ И ВИДА ЛЕЧЕНИЯ А.В. Бельков, С.В. Коренев, Е.С. Селиванов	96
МЕТОДИКА, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МИНИДОСТУПА У БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА А.В. Бельков, А.В. Кученков	98
УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ МЕТОДОМ УЗ – ТОМОГРАФИИ А.В. Борсуков, А.В. Бельков, В.А. Володченко	100
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ МАЛОИНВАЗИВНЫМ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИМ ЛИЗИСОМ А.И. Гассинец	103
ПЕРВЫЙ ОПЫТ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭТАНОЛОМ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Р.А. Денисов	104
МЕТАХРОННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОСЛЕ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ СОЛИТАРНЫХ ОПУХОЛЕЙ В.М. Зиневич	106

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОЙ МИХЕД-ИНФЕКЦИИ У МАТЕРЕЙ В. И. КАРТУЗОВ, И. А. КОРЖЕПКО	109
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МАЛОВОДИИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СИФИЛИС Е.Б. КОСТРОВА, С.Б. КРЮКОВСКИЙ, С.С. ТОМАШЕВА, Н.В. ОМАРОВА.....	111
ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ А. Д. ЛЕЛЯНОВ, В. А. БУДРИЦ, А. С. НОВИКОВ.....	111
РОЛЬ ПРОГРАММИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ РОДОВ В СНИЖЕНИИ ЧАСТОТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ Е.И. МАРИНОВИЧЕВА.....	115
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ С.М. МАТЕВОСЯН, Т.И. СМЕРНОВА, С.Д. ДАДЬЯНОВ.....	116
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ГИГАНТСКИХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Д.В. НАРЕЗКИН, А.Д. ШАТОХИНА	118
ДОПЛЕРОМЕТРИЯ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ НОСЛЕРОВОЙ МАТКИ Н.В. ОМАРОВА, С.Б. КРЮКОВСКИЙ, С.С. ТОМАШОВА	120
ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В.Н. ПЕТРОВА, С.В. ПЕТРОВА, С.С. ТОМАШОВА, Н.В. БОЛТАЕВА.....	121
СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В.Н. ПОКУСАЕВА, И.В. НЕЧАЕВСКАЯ	122
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЙ А.Н. ПУГАЧЕВ, А.Н. ТОЛКАЧЕВ	125
ФЕТО – ПЛАЦЕНТАРНАЯ СИСТЕМА – ДИАГНОСТИКА ЕЕ СОСТОЯНИЯ ПО УРОВНЮ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА А.Н. СЕМИЧАСТНОВ, А. Н. ИВАНЯН, А. В. ЛИТВИНОВ, Г. Д. БЕЛЬСКАЯ, С. А. ГУЗЮКИНА.....	127
ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ Е.А. СТЕПАНЬКОВА., Н.С. ДЕНИСОВА, Г.Н. АЛЕНИНА, И.Ю. ФОФОНОВА.....	129
КЛИНИКО – БИОФИЗИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОВЗОМТ Е.А. СТЕПАНЬКОВА, А.Э. БОРОХОВ, Е.В. ИВАНИШКИНА	130

СОСУДИСТЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ АВ-ФИСТУЛ У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ	
А.Н. Толкачев, В.И. Киселев, С.И. Фомин, Л.И. Больныец	133
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	
С.С.Томашева	134
К ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
В.М. Фетисов, Л.С. Мелехова	135
В ПОМОЩЬ МОЛОДЫМ СПЕЦИАЛИСТАМ	138
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛУПРОВОДНИКОВОГО НИЗКО-ИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В УЛЬТРАЗВУКОВОМ РЕЖИМЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА	
А.В. Бельков, А.Р. Евстигнеев, С.В. Игнатъев, С.П. Игнатъев, А.В. Борсуков, А.А. Моторин	138
НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ИМПУЛЬСНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	
А.В. Бельков, А.Р. Евстигнеев, С.В. Игнатъев, С.П. Игнатъев, А.В. Борсуков, А.А.Моторин	140
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ К ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ (ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ)	
С.В. Игнатъев, А.Н. Евдокимов, Т.И. Прохоренко	142
ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВЕТВИЯ ПОЧЕК	
Л.С. Киракосян, Р.В. Парменов, А.Н. Иванян, Е.Б. Кострова	144
АНТИМИКРОБНЫЙ ЭФФЕКТ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ	
С.В. Кирюшенкова, В.А. Володченков, Е.А. Федосов, А.В. Бельков	147
400 ГЕРНИОПЛАСТИК ПО SHOULDISCE: ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ	
В.В. Лаптев, Р.М. Газиев, Э.Т. Джафаров	149
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА	
В.И. Малярчук, А.Е. Климов, Ф.А. Бабаев	151
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА	
О.С. Негинский, А.Н. Иванян, Т.А. Густоварова	153

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ Е.А. СТЕПАНЬКОВА, Н.С. ДЕНИСОВА, Г.Н. АЛЕНИНА, И.Ю. ФОФОНОВА	155
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У БЕРЕМЕННЫХ В ГОРОДАХ РОССИИ Е.А. СТРИЖЕНОК, А.Н. ИВАНЯН, Г.Д. БЕЛЬСКАЯ.....	156
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ.....	158
К 200-ЛЕТИЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПЕРВОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. СМОЛЕНСКА А.В. БЕЛЬКОВ, А.В. БЕЛЬСКАЯ	158
ДАТЫ. ЮБИЛЕИ. ПОЗДРАВЛЕНИЯ.....	163
К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ	164
СОДЕРЖАНИЕ.....	165