

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ

М.В. Антонов, В.И. Невожай, О.Г. Полушин

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)

Лечение неспецифического язвенного колита (НЯК) является сложной и нерешенной проблемой. Мы наблюдали 72 больных в возрасте от 17 до 68 лет. В контрольной группе было 32 пациента, в исследуемой — 40 с сопоставимыми формами НЯК. Среди них 13 пациентов с поражением прямой и сигмовидной кишок, 15 — с поражением левой половины ободочной кишки и 12 — с тотальным поражением толстой кишки. В обеих группах проводилась стандартная схема лечения, основными препаратами которой являлись сульфасолозин и преднизолон. В дополнение к этому в исследуемой группе мы применяли облучение гелий-неоновым рассеивающим лазерным лучом (5 мВт, 633 нм) изъязвленных отделов слизистой толстой кишки с помощью световода через колоноскоп на всем протяжении пораженного участка из расчета 1–2 мин. воздействия на площадь облучаемую расфокусированным лазерным излучением. Продолжительность процедуры зависела от протяженности пораженного участка. Курс лечения включал 8–10 сеансов. Всем пациентам выполнялись патоморфоло-

гические, эндоскопические и клинические исследования до, во время и после лечения. Эндоскопически во всех случаях отмечалось уменьшение воспалительных явлений в толстой кишке: уменьшались отек, ранимость слизистой оболочки, фибрин, гной, эрозии и язвы. Патоморфологически отмечалось снижение числа крипт-абсцессов, степени расширения сосудов, размеров язв и их эпителизация. Клинически уменьшались боли в животе, частота стула, кровь и слизь в нем. Эти изменения наступали гораздо быстрее чем у пациентов, не получавших облучение низкоэнергетическим лазером. Средний койко-день у получавших лазеротерапию был на 7–8 дней меньше, чем у пациентов, получавших стандартные схемы лечения. Ремиссия у этой группы пациентов была достигнута быстрее, и она была более длительной, чем у пациентов контрольной группы.

Данные исследования свидетельствуют о том, что использование низкоэнергетического лазера в лечении НЯК оптимизирует процесс выздоровления больных.

Р.С. Баширов, В.В. Сахаров, Ю.А. Селезнев, Д.В. Арсеньев

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Военно-медицинский институт (Томск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений до сих пор остается актуальной, достаточно сказать, что общая летальность составляет 5–14 % (Гринберг А.А., 1995; Jaramillo G.L. et al., 1994; Текант У. et al., 1995; Wang K. et al., 1995), а послеоперационная — 2,85–39,7 % (Горбашко А.И., 1980; Курыгин А.А., 1992; Демидов Г.И. с соавт., 1995; Мирошников Б.И., 1995; Bittersohl, Hartmann, 1987; Lipschitz J. et al., 1993). По мнению А.И. Хорева (1991), А.А. Курыгина с соавт. (1992), несмотря на постоянное внимание к указанной проблеме, пока не наметилось

каких-либо значительных положительных сдвигов в ее решении.

Целью исследования являлась оптимизация хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением с 1989 по 2003 г. находилось 403 пациента с желудочно-кишечными кровотечениями, из них язвенной этиологии 262 случая (65 %). Мужчин было 166 (63,4 %), женщин — 96 (36,6 %). Язва желудка имела место у 56 человек (13,9 %), язва двенадцатиперстной кишки — у

182 (45,2 %), их сочетание — у 16 (4,0 %), сочетание кровотечения и перфорации — у 8 (2,0 %) пациентов. Всех больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями для анализа результатов лечения мы разделили на две группы. Первую группу составили больные, в отношении которых применялась активно-выжидательная тактика, вторую — пациенты, в отношении которых применялась активная дифференцированная тактика.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 1989 по 1996 г. в клинике военно-полевой хирургии в отношении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применялась активно-выжидательная тактика. Основу данной хирургической тактики составили плановые операции, среди которых преобладала резекция желудка по Бильрот-2. В экстренных ситуациях выполнялись в основном паллиативные операции. Послеоперационная летальность составила 12,7 % (табл. 1).

С 1996 по 2003 г. применялась активная дифференцированная тактика. Предпочтение отдавалось радикальным вмешательствам, послеоперационная летальность в данной группе составила 5,3 % (табл. 2).

В зависимости от данных анамнеза, особенностей клинического течения заболевания и результатов обследования хирургическая тактика строилась на активном индивидуальном подходе, который основан на определении тяжести кровопотери больного, степени устойчивости гемостаза и риска рецидива кровотечения.

Особое место в случае язвенных гастродуоденальных кровотечений занимает динамическая фиброгастродуоденоскопия. В ходе проведения эндоскопического исследования следует обращать внимание, прежде всего, на размер язвы, ее расположение, степень устойчивости местного гемостаза. Нами предложен новый способ прогнозирования риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, заключающийся в проведении фиброгастродуоденоскопии и определении не только локализации, степени устойчивости гемостаза по Forrest (1974), но и в определении изменений размеров язвы в динамике. При неустойчивом гемостазе фиброгастродуоденоскопию проводят через каждые 6 часов в течение первых суток, затем один раз в сутки в течение вторых и третьих суток. При отсутствии нарастания диаметра язвенного дефекта по отношению к исходному, прогнозируют низкую степень риска рецидива кровотечения; при нарастании диаметра язвенного дефекта по отношению к исходному в 1,5–2 раза в течение 12–24 часов прогнозируют высокую степень риска рецидива кровотечения; а при нарастании диаметра язвенного дефекта по отношению к исходному в 2 раза и более прогнозируют значительную степень риска рецидива кровотечения (положительное решение о выдаче патента РФ на изобретение по заявке 2004100601/14 (000206) от 05.01.2004 г.). Такой подход позволил нам ввести еще один критерий и более активно ставить показания к оперативному лечению больных с признаками неустойчивого гемостаза.

Таблица 1
Исходы консервативного и оперативного лечения при активно-выжидательной тактике (1989–1996 гг.).

Локализация язвы	Консервативное лечение		Оперативное лечение	
	абс.	летальность (%)	абс.	летальность (%)
Язва желудка	18 (2)	2,6	14 (5)	10,0
Язва ДПК	64	–	32 (2)	2,7
Сочетание язвы желудка и ДПК	–	–	9	–
Всего	82 (2)	2,6	55 (7)	12,7

Примечание: в скобках указано число умерших больных.

Таблица 2
Исходы консервативного и оперативного лечения при активной дифференцированной тактике (1996–2003 гг.).

Локализация язвы	Консервативное лечение		Оперативное лечение	
	абс.	летальность (%)	абс.	летальность (%)
Язва желудка	12	–	12	–
Язва ДПК	56	–	30 (1)	1,8
Сочетание язвы желудка и ДПК	–	–	7	–
Сочетание кровотечения и перфорации	–	–	8 (2)	3,5
Всего	68	–	57 (3)	5,3

Примечание: в скобках указано число умерших больных.

Характер выполненных оперативных вмешательств

Вид оперативного вмешательства	Активно-выжидательная тактика	Активная дифференцированная тактика
Резекция желудка по Бильрот-1	7	32
Резекция желудка по Бильрот-2	28 (4)	4 (1)
Резекция желудка по Ру	–	10
Стволовая ваготомия, пилоропластика	8	4
Гастро(дуодено)томия, прошивание язвы, перевязка сосудов	12 (3)	7 (2)
Всего	55 (7)	57 (3)

Примечание: в скобках указано число умерших больных.

Для активной дифференцированной тактики имеют значение и особенности клинического течения заболевания. В случаях, когда у пациентов имело место агрессивное течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (частые обострения, наличие в анамнезе факта перфорации язвы, либо язвенного кровотечения), сразу же ставился вопрос об оперативном лечении. Пациентам с более доброкачественным протеканием язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (редкие обострения, отсутствие в анамнезе данных о развитии острых осложнений) назначался курс консервативной противоязвенной терапии; через 2 недели после его начала выполнялось контрольное обследование.

Если во время контрольного обследования не отмечалось положительной динамики (сохранялись большие размер и глубина язвенного дефекта, сохранялась пенетрация, не уменьшалась зона перифокального воспаления), то это свидетельствовало о неэффективности консервативного лечения, а потому ставился вопрос о хирургическом вмешательстве. В случае выраженной пенетрации, перифокального воспаления предпочтение в нашей кли-

нике отдавалось резекции желудка по Ру, в остальных случаях — резекции желудка по Бильрот-1.

Резекционные способы оперативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений позволяют осуществить радикальный гемостаз, воздействовать на патогенез язвообразования, однако при продолжающемся кровотечении на фоне кровопотери тяжелой степени бывает необходимо выполнение и паллиативных операций (табл. 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при хирургическом лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями следует придерживаться активной дифференцированной тактики. При наличии сомнений в эффективности консервативных мероприятий пациентам с кровотечениями язвенной этиологии следует более активно предлагать оперативные методы лечения, особенно больным с длительным язвенным анамнезом, наличием в прошлом желудочно-кишечных кровотечений.

Такой тактический подход позволил в нашей клинике снизить послеоперационную летальность с 12,7 до 5,3 %.

В.В. Бедин, В.А. Пельц, К.А. Краснов, И.П. Шин, В.В. Архангельский

ОПЫТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Городская клиническая больница № 3 (Кемерово)
Кузбасский областной гепатологический центр (Кемерово)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить непосредственные результаты лечения панкреонекроза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2000 — 2004 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре проведено лечение 195 больных панкреонекрозом, из них алкогольный генез панкреонекроза был отмечен у 131

(67,2 %) пациента, билиарный генез панкреонекроза — у 64 (32,8 %), среди больных мужчин было 122 (62,6 %) человека, женщин — 73 (37,4 %), средний возраст составил $44,9 \pm 0,2$ года. В лечении больных с панкреонекрозом использован дифференцированный тактический подход. Всем поступившим проведено комплексное обследование, включающее лабораторные, инструментальные, лучевые методы

диагностики; компьютерная томография выполнялась по показаниям для выявления осложнений панкреонекроза. Пациенты с панкреонекрозом госпитализировались в отделение интенсивной терапии, где проводился комплекс лечебных мероприятий, направленный на купирование эндотоксикоза, полиорганной недостаточности, профилактику и предотвращение перехода стерильного панкреонекроза в инфицированную форму. Для купирования эндотоксикоза у ряда больных применены методы экстракорпоральной детоксикации и эфферентные методы, такие как плазмоферез, УФО крови, инкубация клеточной массы с антибиотиками. Всем больным с клиникой панкреонекроза проводилась комплексная антибактериальная терапия, направленная на профилактику развития гнойных осложнений, перехода процесса в инфицированную форму. Препаратами выбора считаем антибиотики широкого спектра действия: цефалоспорины III – IV поколений, фторхинолоны, защищенные пенициллины, карбопенемы, нитроимидазолы. Всем пациентам со стерильными формами панкреонекроза массивную антибактериальную терапию сочетали с деконтаминацией кишечника, что также позволяет профилировать развитие инфицированного панкреонекроза. С целью определения эффективности проводимого лечения, динамики общего состояния пациентов применена интегральная шкала оценки тяжести состояния пациентов (АРАСНЕ III). В лечении пациентов с неинфицированным панкреонекрозом использованы минимальноинвазивные способы лечения. При наличии неинфицированных острых скоплений жидкости использован пункционно-дренирующий способ лечения под контролем УЗИ – 79 (40,5 %) случаев. При механической желтухе у пациентов с билиарным панкреатитом, панкреонекрозом применены следующие способы декомпрессии: холецистостомия – у 15 (7,7 %) больных, ЭРХПГ и ЭПТ выполнены у 24 (12,3 %) больных. С целью дифференциальной диагностики, санации брюшной полости при ферментативном перитоните в 34 случаев (17,4 %) выполнена видеолапароскопия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. В течение 2000 – 2004 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре находилось 87 (44,6 %) больных с инфицированным панкреонекрозом. Клиника, данные динамической интегральной оценки состояния больного, признаки деструкции поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, подтвержденные данными лучевых методов (УЗИ, КТГ), позволяют заподозрить, а бактериологическое (посев на элективные среды, бактериоскопия)

исследование экссудата, полученного при пункции под контролем ультразвука, – подтвердить переход процесса в инфицированную форму. При мелкоочаговом инфицированном панкреонекрозе широко применяются минимальноинвазивные вмешательства под контролем ультразвука. У 69 (35,4 %) больных с инфицированными острыми скоплениями жидкости применен пункционно-дренирующий способ под УЗИ контролем, эффект достигнут в 20 случаях (29 %). Операцией выбора при инфицированном панкреонекрозе является программная секвестрэктомия, которая завершается одним из видов дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки (применена у 65 больных). В центре выполняется три вида дренирующих операций: «закрытый», «полуоткрытый», «открытый». Выбор вида дренирования строго индивидуален и зависит от характера и распространенности гнойно-деструктивных изменений в области поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки. «Закрытый» вид применен у 14 больных с мелкоочаговым инфицированным панкреонекрозом, инфицированными постнекротическими кистами. Используется исключительно при условии адекватной секвестрэктомии и отсутствии условий для прогрессирования процесса секвестрации. «Полуоткрытый» вид дренирования использован у 10 пациентов при наличии инфицированного мелко- и среднеочагового панкреонекроза, при условии адекватной секвестрэктомии. «Открытый» вид – оментобурсостомия и люмботомия – применен при инфицированном крупноочаговом панкреонекрозе в сочетании с забрюшинной флегмоной у 41 больного. При наличии гнойного перитонита в сочетании с инфицированным панкреонекрозом, некрозе мезоколон у 4 пациентов применены программные релапаротомии. У 22 больных 11,2 % после применения лапаротомного способа лечения отмечены специфические послеоперационные осложнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Применение комплексного консервативного лечения в сочетании с минимальноинвазивными вмешательствами позволило в 108 (55,4 %) случаях избежать развития инфицированного панкреонекроза. Общая летальность составила 16,9 %, послеоперационная летальность – 18,9 %

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение дифференцированной тактики в лечении больных панкреонекрозом позволило достигнуть снижения показателей общей и послеоперационной летальности.

ПРИМЕНЕНИЕ ПАХОВОГО ЛОСКУТА НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОСТЛУЧЕВЫХ ЯЗВАХ ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КИСТИ

*Краевая клиническая больница № 2 (Хабаровск)
Институт повышения квалификации работников здравоохранения (Хабаровск)*

Комплексное лечение определенных видов злокачественных опухолей кисти может включать в себя проведение и лучевой терапии.

Применение ее практически во всех случаях в той или иной степени вызывает изменения, вплоть до необратимых, во всех анатомических слоях кисти. Особенно это касается тыльной поверхности кисти, где в силу анатомических особенностей (более тонкая кожа, малый слой подкожной клетчатки, редуцированное кровообращение) данные изменения более выражены.

В некоторых случаях возможно даже образование длительно не заживающих язв. Лечение постлучевых язв крайне затруднено и порой не имеет никакого эффекта. Консервативное лечение может тянуться годами с переменным успехом.

Применение свободных кожных лоскутов различной толщины, как правило, также неэффективно. Невозможно добиться приемлемых грануляций, происходит лизис пересаженных лоскутов, а прижившие лоскуты рубцуются и повторно изъязвляются.

Различные методы кожной пластики местными лоскутами на тыльной поверхности кисти зачастую неприемлемы вследствие выраженного локального нарушения кровообращения, ригидности окружающей кожи, развития рубцового спаечного процесса, изменения нервной регуляции, нарушения трофики кожи.

В данном случае единственным методом выбора порой является кожная пластика паховым лоскутом на сосудистой ножке. Несвободная кожная пластика осевыми паховыми лоскутами обладает рядом преимуществ.

Так, по данным ряда авторов, хорошо кровоснабжаемый и «неприхотливый» паховый лоскут с осевым кровоснабжением позволяет предотвратить развитие инфицирования мягких тканей, кости, уменьшить зону некроза и секвестрации, полноценно закрыть функционально важные структуры. Кроме того, размер лоскута для кисти почти не ограничен по размерам. Также отмечается и относительная простота метода несвободной пластики лоскутами с осевым кровоснабжением.

Но у этой методики есть и отрицательные стороны. Кожа живота, спины или плеча отличается по структуре от кожи пальца. Чувствительность в таких лоскутах восстанавливается длительно и неполно. Из-за выраженной подкожной клетчатки лоскут, как правило, избыточен для пальцев. Кожа лоскута чрезвычайно подвижна и нестабильна. И, что чрезвычайно важно для пожилых больных, необходимо обездвижение суставов больно-

го на длительный период, в течение которого кисть или палец фиксируются к туловищу.

Но в случаях применения пахового лоскута при постлучевых язвах тыла кисти преимущества лоскута значительно важнее его отрицательных сторон, и при выполнении определенных условий они в большей степени нивелируются.

Мы хотели бы привести пример успешно пролеченного больного с постлучевой язвой на тыле кисти методом кожной пластики несвободным паховым лоскутом с осевым кровообращением.

Больной А., 64 лет, находился в МХО ККБ № 2 г. Хабаровска с 22.11.04. по 22.02.05. с диагнозом: постлучевая язва тыльной поверхности правой кисти. До поступления в отделение в течение двух лет пациент получал консервативное лечение у хирурга по месту жительства и оперативное лечение в виде неоднократной пересадки свободных кожных лоскутов в условиях хирургического отделения районной больницы без эффекта. При поступлении у больного на тыле правой кисти в проекции 4–5 пястных костей имелась язва округлой формы с плотными каллезными краями 2,5 на 2,5 см. Дном раны является некротизированное сухожилие разгибателя 2 пальца и кортикальный слой 2 пястной кости серого цвета сомнительной жизнеспособности. В отделении были проведена операция 6.12.04 г.: иссечение язвы, трепанация 2 пястной кости, кожная пластика местным лоскутом. В послеоперационном периоде развился тотальный некроз перемещенного кожного лоскута, в связи с чем выполнена операция этапная некрэктомия и 27.12.04 г. — кожная пластика несвободным паховым лоскутом на сосудистой ножке. Произведено отсечение и моделирование лоскута через 8 недель. Приживление лоскута полное. При контрольном осмотре через месяц обращает на себя внимание регресс рубцового процесса на значительном расстоянии от пахового лоскута, связанный, очевидно, с улучшением кровообращения окружающих тканей тыла кисти через сосудистую ножку пахового лоскута. В настоящее время больному проводится интенсивное восстановительное лечение с соблюдением онкологической осторожности. В дальнейшем планируется реконструктивная операция по восстановлению сухожилий разгибателей 2 пальца. Для этого имеются благоприятные условия в виде избыточного пахового лоскута.

Таким образом, кожная пластика несвободным паховым лоскутом на сосудистой ножке является методом выбора при хронических постлучевых язвах тыльной поверхности кисти.

Н.И. Богомолов, Н.Н. Богомоллова, Д.В. Сафронов, М.С. Найдецкая, Н.Ю. Смолякова

ОБТУРАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Читинская государственная медицинская академия (Чита)
Областная клиническая больница (Чита)

Целью исследования явилась необходимость создания обтураторов нового поколения и пломбировочной композиции для лечения сформированных, несформированных, трубчатых свищей и остаточных полостей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для лечения различных свищей нами разработаны охраноспособные технологии и устройства для их реализации, значительно улучшившие общие результаты лечения. Оценка лечения осуществлялась по продолжительности подготовки к радикальной операции, стоимости лечения, качеству жизни и другим общепринятым критериям. Стояла задача создания обтураторов нового поколения с использованием сорбционных и обтурационных технологий.

Для обтурации сформированных тонко- и толстокишечных свищей нами использовано устройство, созданное на основе вентиля мотокамеры (патент РФ № 2143285). Обтуратор готовится в условиях клиники, все материалы устройства, соприкасающиеся с тканями организма, имеют допуск для использования в медицине. Обтуратор применяли у 56 пациентов, одиннадцать из которых могли даже выполнять прежнюю работу. Обтуратор надежно герметизирует свищевой канал, удобно крепится на теле и практически не заметен за верхней одеждой. Все больные отметили повышение качества жизни при использовании этого устройства.

Для лечения несформированных и сформированных свищей и свищей, открывающихся в гнойную рану, нами разработано и применено у 43 больных «Устройство для обтурации и лечения кишечного свища» (патент РФ № 2224554). Устройство повышает эффективность процесса герметизации свищевого хода за счет надувного баллона и контейнера с сорбентом в основании прозрачной сферы. В просвет кишки вводятся интубационные трубки с раз-

дувными манжетами, из приводящего колена дозированно осуществляется аспирация, а в отводящее колено вводится собранный химус и питательные смеси. Устройство успешно применено у 43 больных. Установлено, что сроки подготовки к выполнению восстановительной операции были достоверно короче, чем в группе клинического сравнения.

Для лечения трубчатых свищей и остаточных полостей после удаления органа, вскрытия гнойной полости предложена композиция из лекарственных средств, формирующих пломбу и служащих основой для развития грануляционной ткани (положительное решение формальной экспертизы по заявке № 2003121619/14 с приоритетом от 14.07.2003 г). В состав композиции входит и рентгенконтрастное вещество, позволяющее в динамике контролировать процесс лечения. Разработанным способом пролечено 32 больных. Лечение оказалось эффективным у 87 % больных. Достоинством метода является отсутствие раздражающего действия на ткани, проникновение композиции во все пространства, благодаря коллоидной консистенции. Способ позволяет избежать повторной операции у ослабленных больных.

Следовательно, в таком разделе, как хирургия свищей, есть прекрасное поле деятельности для новых технологий лечения и устройств для их реализации. Клиника и больные всегда будут заинтересованы в новых способах лечения, удобных обтураторах, повышающих качество жизни. Важно уметь и уместно совмещать новые материалы, обтурационные технологии, сорбенты, привносить в медицину достижения из машиностроения, технологии обогащения. Необходимо более тесное сотрудничество хирургов, инженеров, конструкторов, создателей новых материалов. Организационные структуры медицины и хирургии, в частности, должны взять на себя права на внедрение новых технологий и производство новых обтураторов.

С.Л. Богородская, М.Б. Микашова, Б.К. Бадурев, С.С. Голубев, А.А. Рунович

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОТИПИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ КЛЕТОК СЕРДЦА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВОТОКА ПРИ АДРЕНАЛИНОВОМ СТРЕССЕ

ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Цель — изучение влияния трансплантации суспензии лиофилизированных ксеногенных сер-

дечных клеток на процессы вазодилатации при экспериментальном адреналиновом стрессе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Эксперимент проводили на беспородных крысах, самцах, весом 250 – 320 г. Адреналиновое повреждение миокарда моделировали однократным подкожным введением 0,1% адреналина в дозе 0,5 мл на 100 г веса. Крысам 1-й группы (n = 12) вводили подкожно по 0,5 мл физиологического раствора. Животным 2-й группы (n = 14) вводили адреналин; 3-й группы (n = 11) – сразу после введения адреналина инъецировали лиофилизированные сердечные клетки новорожденного кролика, ресуспендированные в 0,5 мл физраствора.

Взятие материала: крови и сердец для морфологических исследований, осуществляли через 1 и 3 суток относительно инъекции адреналина. В сыворотке крови исследовали нитриты с использованием реактива Грисса; малоновый диальдегид (МДА) определяли по его окрашиванию тиобарбитуровой кислотой. Использовали спектрофотометр Ultrospec-4050 (Швеция). Световую микроскопию образцов миокарда выполняли с помощью компьютерной видеосистемы Quantimet 5501 W, Leica (Англия). Статистическую обработку результатов проводили с применением ППП «Statistica for Windows, версия 6.0», с использованием t-критерия Стьюдента и критерия Mann-Whitney. Значимыми считали различия при $P < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группе с трансплантацией сердечных клеток к первым суткам экспериментального адреналинового стресса отмечается тенденция к более высокому уровню одного из конечных продуктов свободнорадикального окисления – малонового диальдегида, по сравнению с животными, которым введен только адреналин: $6,57 \pm 0,10$ мкмоль/л против $5,89 \pm 0,14$ мкмоль/л ($P < 0,05$). Еще в большей степени уровень МДА повышен у «здоровых» крыс – $8,76 \pm 0,61$ мкмоль/л ($P < 0,05$). Возможно, интенсификация процессов перекисного окисления связана с эффективностью восстановления кровотока, нарушенного при адреналиновом стрессе, и менее выраженной гипоксией: при высокой концентрации O_2 остается более сохранной дыхательная цепь митохондрий, которая является основным поставщиком активных форм кислорода. Кроме того, молекулярный кислород сам участвует в свободнорадикальном окислении.

Известно, что в органах, ответственных за адаптацию формируется так называемая «рабочая гиперемия», которая обеспечивает направленную передачу энергетических и структурных ресурсов в функциональную систему, осуществляющую адаптационную реакцию (компонентом которой в том числе является миокард). Ключевую роль в реализации данного адаптивного эффекта играет мощный вазодилататор – NO, продукция которого возрастает параллельно росту потребления кислорода, и который противостоит констрикторному действию гормонов. В группе с трансплантацией через 1 сутки эксперимента уровень нитритов (являющихся в анаэробных условиях источником для образования оксида азота, а в аэробных условиях – конечным продуктом его превращения) выше, чем в группе с адреналином: $3,63 \pm 0,56$ мкмоль/л по сравнению с $3,06 \pm 0,39$ мкмоль/л, соответственно.

Это может свидетельствовать: 1) на первых этапах стресса о сохранности нитритов – меньшем использовании для нитритредуктазного синтеза NO, включающегося при значительном дефиците кислорода и более мощного чем NO-синтазный (последний при гипоксии ингибируется); 2) о синтезе нитритов из NO, что возможно при достаточной концентрации O_2 .

У животных с трансплантацией на сердечных срезах, соответствующим 3-м суткам эксперимента, отмечается достоверно меньшая суммарная площадь очагов некроза: $1930,4 \pm 16,3$ мкм² против $2051,6 \pm 22,1$ мкм² у крыс с введением только адреналина ($P < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, через одни сутки экспериментального адреналинового стресса у животных с трансплантацией лиофилизата ксеногенной сердечной ткани наблюдаются: 1) повышение уровня нитритов, являющихся продуктом превращения вазодилататора оксида азота; и 2) повышение концентрации малонового альдегида, соответствующее интенсификации свободнорадикального окисления, что может сопровождать реперфузию. Вероятно, повышение данных показателей обусловлено развитием более выраженной «рабочей гиперемии». Эффективное восстановление кровотока, возможно, явилось причиной развития достоверно меньшей величины некротического повреждения миокарда в данные сроки эксперимента.

Э.Б. Борисов, И.Ф. Спрейс, В.А. Сороковиков

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Самым частым симптомом черепно-мозговой травмы (ЧМТ) во все периоды заболевания, при раз-

ных клинических формах является головная боль (ГБ). По критериям Международной классификации

(1988) для хронических посттравматических ГБ (ПТГБ) характерно возникновение в первые 14 дней после травмы и продолжительность более 8 недель. ПТГБ парадоксально наиболее тяжела и чаще встречается после легких ЧМТ — в 89–92 % случаев. В структуре ПТГБ наибольший удельный вес занимает посттравматическая головная боль напряжения (ГБН). Известно, что при ГБН у 73 % пациентов имеется мышечно-тонический и миофасциальный синдром. Основным методом лечения ГБН является медикаментозный. В то же время, все большее внимание привлекают немедикаментозные способы лечения, так как фармакотерапия имеет противопоказания и у 10 % пациентов в результате применения анальгетиков развивается абзусная головная боль.

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности мануальной терапии в лечении хронических посттравматических головных болей напряжения. Объект исследования составили 16 пациентов в возрасте 21–38 лет (средний возраст $32,7 \pm 1,4$ года), перенесших легкую ЧМТ. Всем пациентам проводилось клиничко-неврологическое обследование, мануальное мышечное тестирование. При мануальном тестировании определялось наличие гипертонусов в жевательных мышцах, паравертебральных мышцах, верхнешейных сегментах, коротких разгибателях головы, трапецевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышцах, наличие триггерных точек в этих мышцах, функциональные блоки ШОП, шейно-грудного и краниовертебрального переходов. Интенсивность ГБ оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Проводилось нейропсихологическое исследование. По показаниям проводились компьютерная томография головного мозга, рентгенография ШОП, УЗДГ МАГ, транскраниальная доплерография.

Лечение включало в себя 6–8 сеансов мануальной терапии, включавшей в себя методы пости-

зометрической релаксации, ишемическую компрессию триггерных точек, классические мобилизационные методы. Для коррекции нарушений биомеханики области краниовертебрального перехода и ШОП использовались мышечно-энергетические техники («мягкие техники»), как наиболее щадящие и имеющие минимум противопоказаний и осложнений.

В результате проведенного лечения были получены следующие результаты. Выраженное улучшение самочувствия было отмечено в 31,25 % случаев, улучшение самочувствия было зарегистрировано в 56,25 % случаев. В одном случае (6,25 %) было отмечено ухудшение самочувствия и лечение было прекращено на 4-м сеансе. Достоверно снизилось количество дней с головной болью — через месяц после проведенного лечения этот показатель составил $5,8 \pm 0,7$ дня ($p < 0,05$). Показатель ВАШ составил $3,7 \pm 0,6$ балла в сравнении с $5,2 \pm 0,8$ балла до лечения ($p > 0,05$). При исследовании эмоциональной сферы было зарегистрировано снижение уровня тревожности — значение теста Спилбергера-Ханина до лечения было $47,3 \pm 1,4$, а после — $36,8 \pm 1,7$ балла ($p < 0,05$). С целью объективизации результата была проведена оценка эффективности мануальной терапии у данных пациентов по 4-х балльной шкале. Индекс клинической эффективности определялся как средняя величина количества баллов в группе больных получавших лечение и составил 2,25 балла, что интерпретируется как высокая эффективность проведенного лечения.

Таким образом, можно сделать вывод, что мануальная терапия является эффективным методом лечения хронических посттравматических головных болей напряжения и может использоваться в разработке комплексов лечения и реабилитации у пациентов, перенесших ЧМТ.

Э.Б. Борисов, И.Ф. Спрейс

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)*

Самым частым симптомом черепно-мозговой травмы (ЧМТ) во все периоды заболевания является головная боль (ГБ). По критериям Международной классификации (1988) для хронических посттравматических ГБ (ХПТГБ) характерно возникновение в первые 14 дней после травмы и продолжительность более 8 недель. ПТГБ парадоксально наиболее тяжела и чаще встречается после легких ЧМТ — в 89–92 % случаев. В структуре

ХПТГБ наибольший удельный вес занимает посттравматическая головная боль напряжения, второй наиболее распространенной формой являются посттравматические цервикогенные головные боли.

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности сочетания мануальной терапии и препарата Кавинтон-форте в лечении ХПТГБ. Объект исследования составили 22 паци-

ента в возрасте 20 – 39 лет (средний возраст $34,2 \pm 1,3$ года), перенесших легкую ЧМТ.

Всем пациентам проводилось клиничко-неврологическое обследование, мануальное мышечное тестирование. При мануальном тестировании определялось наличие гипертонусов в жевательных мышцах, паравертебральных мышцах, верхнешейных сегментах, коротких разгибателях головы, трапециевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышцах, наличие триггерных точек в этих мышцах, функциональные блоки ШОП, шейно-грудного и краниовертебрального переходов. Интенсивность ГБ оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Проводилось нейропсихологическое исследование. Изменение церебрального кровотока изучалось при помощи транскраниальной доплерографии (ТКДГ). По показаниям проводились компьютерная томография головного мозга, рентгенография ШОП.

Лечение включало в себя одновременное назначение Кавинтона-форте в суточной дозе 20 мг в течение 4 недель и 7 сеансов мануальной терапии, включавшей в себя методы постизометрической релаксации, ишемическую компрессию триггерных точек, классические мобилизационные методы. Для коррекции нарушений биомеханики области краниовертебрального перехода и ШОП использовались мышечно-энергетические техники, как наиболее щадящие и имеющие минимум противопоказаний и осложнений. Также использовались

методы прикладной кинезиологии, направленные на устранение психовегетативных проявлений посттравматического стрессового синдрома.

В результате проведенного лечения субъективное улучшение было зарегистрировано в 81,8 % случаев, незначительное изменение самочувствия было зарегистрировано в 13,6 %. В 1 случае (4,6 %) из-за развития вегетативных пароксизмов лечение было прекращено. При объективном анализе результатов лечения было выявлено, что произошло снижение количества дней с головной болью до $5,1 \pm 0,6$ ($p < 0,05$), интенсивность головной боли, согласно данным ВАШ, снизилась с $5,6 \pm 0,8$ до $3,5 \pm 0,7$ балла ($p < 0,05$). При ТКДГ было отмечено улучшение венозного церебрального оттока в 45,5 % случаев. Использование методик прикладной кинезиологии, направленных на коррекцию нарушений психовегетативной сферы, позволило скорректировать уровень тревожности – согласно данным теста Спилберга-Ханина он снизился с $48,7 \pm 1,2$ до $32,3 \pm 1,7$ баллов ($p < 0,05$).

Таким образом, можно сделать вывод, что комбинированное назначение Кавинтона-форте, улучшающего церебральный кровоток, и мануальной терапии, нормализующей мышечный тонус и нормальную биомеханику в области краниоцервикального, торакоцервикального переходов и шейного отдела позвоночника, является эффективным способом лечения хронических посттравматических головных болей.

А.И. Брегель, Е.А. Кельчевская, В.В. Андреев

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выяснить эффективность лапароскопии при острой мезентериальной непроходимости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Неотложная лапароскопия, клиническая, интраоперационная диагностика.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лапароскопической диагностики за 4 года у 84 больных с острой мезентериальной непроходимостью. Мужчин было 40, женщин – 44. В возрасте до 40 лет был 1 больной, 41 – 50 лет – 4 больных, 51 – 60 лет – 4 больных, 61 – 70 лет – 16 больных, 71 – 80 лет – 39 больных и старше 80 лет был 21 больной.

Длительность заболевания до поступления в стационар составила: до 6 часов – у 12 больных, 6 – 12 часов – у 17, 12 – 24 часов – у 20, свыше 24 часов – у 34 больных. У одного больного острая

мезентериальная непроходимость развилась в стационаре.

На лапароскопию больные направлялись с подозрением на острую мезентериальную непроходимость (53 больных), острую кишечную непроходимость иного генеза (13), острый холецистопанкреатит (6), перитонит неясного генеза (4), острое желудочно-кишечное кровотечение (3), ущемленную пупочную (2) или паховую (1) грыжу, острый аппендицит (1) и «острый живот» (1 больной).

У 63 больных неотложная лапароскопия выполнена в первые 6 часов нахождения их в стационаре, у 8 – в сроки от 6 до 12 часов, у 7 больных – в сроки от 12 до 24 часов и у 6 больных – более, чем через 24 часа после поступления в клинику.

При острой мезентериальной непроходимости особое значение имеют повторные эндоскопические осмотры брюшной полости через специальную гильзу, оставляемую в передней брюшной стенке. Динамическая лапароскопия была выпол-

нена у 28 из 84 больных, в том числе у 13 больных проведено 2 исследования, у 12 — 3 эндоскопических осмотра, у 2 — 4 лапароскопии и у 1 больного — 5 осмотров брюшной полости.

При проведении неотложной лапароскопии стадия ишемии установлена у 34 больных, некроз кишки обнаружен у 37 больных, у 7 больных диагностирован разлитой перитонит без уточнения его источника. В 6 наблюдениях острая мезентериальная непроходимость не была диагностирована во время лапароскопии.

Всего диагностические ошибки при лапароскопии были допущены у 11 (13,1 %) больных и включали как гипо-, так и гипердиагностику заболевания. В 6 случаях при лапароскопии острая мезентериальная непроходимость не была выставлена вследствие выраженного спаечного процесса (2 больных), либо были диагностированы острая кишечная непроходимость иного генеза (3) и пневматоз (1). У 5 больных с предполагавшейся острой мезентериальной непроходимостью симптоматика «острого живота» была обусловлена осложненным раком сигмовидной кишки (2 больных), копростазом с перфорацией толстой кишки каловым камнем (1) и перитонитом иного генеза (2).

Осложнения лапароскопии возникли у 2 (2,4 %) больных и были связаны с перфорацией стенки кишки стилетом троакара.

Оперированы 26 больных: у 10 выполнена резекция кишки, у 2 — ушивание отверстия в кишке после перфорации стилетом троакара и у 14 больных хирургическое вмешательство было ограничено ревизией брюшной полости.

Выздоровление наступило у 16 (19,0 %) больных, умерло 68 (81,0 %) больных. Аутопсия проведена у 38 больных. Диагноз на секции подтвержден у 36 из 38 больных. У большинства больных имело место сочетание острой мезентериальной непроходимости с другими тяжелыми заболеваниями (сепсисом, перитонитом, инфарктом миокарда, тромбозом легочной артерии, перфорацией острых язв, гангренной нижней конечности, внутрибрюшным кровотечением). У двух больных на секции диагностированы перфорация кишки каловым камнем (1) и острая обтурационная кишечная непроходимость (1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопия, применявшаяся в наиболее трудных диагностических ситуациях, позволила в 86,9 % поставить правильный диагноз острой мезентериальной непроходимости. Ошибки эндоскопической диагностики составили 13,1 %. В 2,4 % неотложная лапароскопия сопровождалась развитием осложнений. Летальность при острой мезентериальной непроходимости остается очень высокой и достигает 81,0 %.

В.П. Будашев, Ч.В. Содномов, Е.Н. Цыбиков

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Язвенная болезнь и связанные с ней осложнения являются в настоящее время одним из распространенных заболеваний человечества, особенно среди лиц молодого возраста. Это заболевание поражает от 3 до 10 % трудоспособного населения. Одним из наиболее грозных осложнений язвенной болезни, нередко приводящим к летальному исходу, являются кровотечения. Массивные геморрагии наблюдаются у 10 — 15 % больных язвенной болезнью. Летальность от кровотечения колеблется от 1,8 до 15 — 20 %.

Однако известно, что в одних случаях длительно протекающая язвенная болезнь не осложняется кровотечением, а в других возникают и часто повторяются, нередко опасные для жизни кровотечения. Причины того и другого течения язвенной болезни изучены недостаточно.

С целью возможности прогнозирования кровотечения у пациентов с язвенной болезнью, была выполнена попытка сопоставить клинические, ин-

струментальные, лабораторные и коагулологические данные.

Проведено обследование 84 больных язвенной болезнью (из них 61 (73 %) мужчина и 21 (25 %) женщина) в возрасте от 17 до 63 лет. 20 (23,8 %) человек составили контрольную группу, пациенты проходили обычное клиническое и ФГДС исследование, оценивалось состояние секретного аппарата. Коагулологическое исследование проводилось как в период ремиссии, так и в период обострения процесса. Несмотря на отсутствие явных клинических признаков обострения процесса у 1/3 пациентов в период ремиссии при ФГДС исследовании обнаруживалась язва различных размеров, чаще с локализацией на задней стенке желудка — у 7 (8,3 %) человек, или в 12-ти перстной кишке — в 12 (14,3 %) случаях, а у 9 (10,7 %) пациентов имелись признаки пенетрации. Эти пациенты были выделены в группу риска угрозы кровотечения. В период ремиссии существенных коагулологических сдвигов у большинства обследо-

ванных обнаружено не было. У больных в группе риска отмечено снижение концентрации фибриногена (на 36,4 %), ретракция кровяного сгустка (на 26,5 %), активация фибринолиза (на 33,2 %).

Кроме того, ускорена свертываемость крови (сокращено время свертывания крови и рекальцификации, повышено потребление протромбина) в среднем на 28,6 %. В период обострения данные коагулологические сдвиги были более выраженными.

ВЫВОДЫ

Таким образом, наличие у пациентов группы риска местного дефекта с локализацией на задней

стенке желудка или 12-ти перстной кишки в сочетании со снижением концентрации фибриногена и ретракции кровяного сгустка при активации фибринолиза может способствовать кровотечению. Эти больные даже в период «клинической ремиссии» нуждаются в проведении ФГДС исследования и оценки состояния свертывающей системы крови и фибринолиза.

При лечении таких пациентов целесообразно, кроме общепринятых препаратов, способствующих репарации язвы, применять ингибиторы фибринолиза и трипсина *per os* или в/в для предупреждения кровотечения.

В.Г. Виноградов, В.Л. Лапшин, И.В. Зедгенидзе, Б.В. Ивлев, Е.А. Халиман

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕСТКОСТИ СТЕРЖНЕВЫХ АППАРАТОВ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ НА ОСНОВЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ МОДЕЛИ

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Иркутский государственный технический университет (Иркутск)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Целью исследования являлось определение оптимального пространственного расположения стержней аппарата внешней фиксации, обеспечивающего минимальное смещение костных отломков.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С помощью программного комплекса MSC.Nastran, расчетная часть которого базируется на методе конечных элементов (МКЭ), были выполнены исследования жесткости стержневых систем аппаратов для чрескостного остеосинтеза.

Костный отломок моделировался трубчатым стержнем с наружным диаметром 20 мм, внутренним диаметром 14 мм и длиной 125 мм. Модуль Юнга для материала кости принимался $E_k = 21000$ МПа. Стальные стержни имели диаметр 5 мм, длину 70 мм и модуль Юнга $E_c = 190000$ МПа. Закрепление стержней в костном отломке и соединение стержней между собой принималось абсолютно жестким. В качестве условной нагрузки рассматривались три силовых фактора, действующих в пространственной системе координат YXZ (ось X направлена по продольной оси костного отломка): усилия $F_y = 1000$ Н, $F_x = 1000$ Н, $F_z = 1000$ Н. Нагрузка прикладывалась в месте перелома.

Полученные величины линейных смещений центра тяжести сечения костного отломка в месте перелома раздельно от воздействия каждого силового фактора сравнивались, и выбирались варианты с наименьшими величинами смещений.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследовались следующие варианты ориентации и расположения стержней подсистемы аппа-

рата внешней фиксации, имеющей три чрескостных стержня:

1. Проведение всех трех стержней в одной плоскости.

2. Разнесение всех трех стержней по трем разным плоскостям (стержни проведены перпендикулярно оси отломка).

3. Разнесение стержней в двух плоскостях (стержни проведены перпендикулярно оси отломка).

4. Разнесение стержней по трем разным плоскостям (стержни проведены с наклоном).

Также рассмотрены другие компоновки: типичная спицевая и смешанная спице-стержневая.

После анализа результатов расчета всех вариантов компоновок были сделаны следующие **выводы**:

1. При проведении всех стержней в одной плоскости система имеет низкую устойчивость к воздействию силы, перпендикулярной плоскости проведения стержней.

2. Для систем с перпендикулярным проведением стержней:

а) наименьшее смещение обеспечивает вариант, при котором дальние от места перелома стержни проведены в одной плоскости, под углом γ к плоскости ближнего к месту перелома стержня;

б) наилучшее расположение среднего стержня во всех компоновках — ближе к месту перелома;

в) рекомендуемые значения угла между плоскостями проведения стержней $\gamma = 60 \div 90$.

3. При указанном расположении стержней смещение в месте перелома по осям Y, Z (поперечные смещения) находится в пределах 1 мм, что свидетельствует о сопоставимой жесткости системы по данным направлениям, однако при этом смеще-

ние по оси X (по длине) оказывается примерно в два раза большим.

4. С целью уменьшения смещения по оси отломка (ось X) при сохранении жесткости системы по другим направлениям на достигнутом уровне, было предложено несколько вариантов стержневых систем с углами установки стержней (углы между плоскостями проведения стержней), (угол наклона ближнего к месту перелома стержня, наклон к месту перелома), (угол наклона дальнего от места перелома стержня,

наклон к эпифизу), средний стержень проводится перпендикулярно оси костного отломка или с наклоном 30 – 45 градусов. Предложенные варианты позволяют уменьшить смещение по оси X в 1,5 – 2 раза и обеспечивают при этом практически одинаковую жесткость системы по трем основным направлениям.

5. В спицевой и смешанной спице-стержневой системах выявлены значительные деформации по сравнению с рассмотренными стержневыми системами.

А.М. Воробьев

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВРОЖДЕННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ

Кемеровская государственная медицинская академия (Кемерово)

Врожденная гидроцефалия (ВГ) является одним из наиболее сложных заболеваний детского возраста. Принципы диагностики и лечения к настоящему времени остаются почти неизменными, а прогноз после проведенного лечения – непредсказуем. Особенно интересным представляется изучение этого вопроса при сообщающихся формах, когда нормализация ликворного давления, достигнутого с помощью хирургического лечения, не всегда приводит к стабилизации гидроцефалии. Довольно часто встречаются осложнения в виде серозного и гнойного венрикулита или обструкции шунта.

Известно, что ликвородинамика зависит от функционального состояния и согласованной работы различных структур большого мозга, главными из которых являются нейроны и нейроглия.

Целью настоящей работы является изучение взаимосвязи клинических проявлений и нейроморфологических изменений в коре большого мозга при различных степенях ВГ, а также их отношение к прогнозу заболевания после хирургического лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для выявления клинико-морфологической связи были изучены неврологические расстройства до лечения и нейроморфологические изменения у 63 больных со средней и тяжелой степенью ВГ. Исследован биопсийный материал на светоптическом и электронномикроскопическом уровне, взятый до и во время хирургического вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что при средней степени тяжести ВГ нейроморфологические изменения на светоптическом уровне носят функциональный ха-

рактер и проявляются расстройством кровообращения, увеличением размеров тела нервной клетки, признаками хроматолиза и базофилией ядра. На ультраструктурном уровне в нейронах отмечается набухание зернистой эндоплазматической сети (ЗЭС), уменьшение количества рибосом на клеточных мембранах и снижение осмофилии ядра клетки. Неврологические расстройства при этой степени тяжести характеризуются умеренной пирамидной недостаточностью, глазодвигательными нарушениями в виде мелкокоразмашистого горизонтального нистагма и ангиопатией на глазном дне.

Тяжелая степень ВГ проявляется более грубыми структурными изменениями в коре большого мозга. На светоптическом уровне выявляются очаги клеточного выпадения во втором слое, а также нервные клетки с выраженными изменениями вплоть до их ишемического поражения и появлением «клеток-теней». Морфологическая картина на ультраструктурном уровне определяется появлением нейронов с набухшей и шероховатой ЗЭС, с выраженной осмофилией ядра в ряде случаев заканчивающейся сморщиванием нервной клетки. Неврологические расстройства при тяжелой степени ВГ проявляются грубым парезом – тетрапарезом, крупноразмашистым горизонтальным нистагмом, парезом взора, признаками суб- и атрофии дисков зрительных нервов. Изменения на ЭЭГ выражались задержкой элктрогенеза возрастного ритма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение результатов хирургического лечения показало, что компенсация и стабилизация ВГ при средней степени тяжести отмечена в 78 % случаев, тогда как при тяжелой степени – в 1,7 % случаев.

Клинико-морфологическими исследованиями установлено, что совокупность клинических и нейроморфологических данных может быть объективным критерием, объясняющим не только вто-

ричные изменения, связанные с внутричерепной гипертензией, но и первичные, которые могут быть обусловлены морфофункциональной незрелостью коры большого мозга.

Я.Х. Гилев, Ж.А. Тлеубаев, А.А. Пронских, А.Ю. Милуков

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АРТРОСКОПИИ

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (Ленинск-Кузнецкий)

Артроскопия как инвазивный метод таит в себе опасность осложнений. Различают осложнения, возникающие в процессе операции и в послеоперационном периоде. Осложнения, возникающие во время операции можно избежать с приобретением опыта, а так же за счет использования соответствующих инструментов и технологий. Для профилактики послеоперационных осложнений требуется комплекс мероприятий.

В зарубежной литературе описаны следующие послеоперационные осложнения артроскопии: тромбофлебит до 3,57 %, выпот в полость сустава (гемартроз, синовииит) от 1,15 до 75,54 %, инфекция до 1,19 %.

ЦЕЛЬ

Разработать комплекс мероприятий, направленных на снижение риска развития осложнений после артроскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 24.05.1994 по 31.12.2004 нами выполнены 1097 операции артроскопии. Коленный сустав — 958 операций, голеностопный сустав — 20, тазобедренный сустав — 24, плечевой сустав — 5.

С целью профилактики тромбозмембральных осложнений пациентам назначался гепарин по 5000 Ед, подкожно 2 раза в сутки, в течении 10 дней, ацетилсалициловая кислота по 125 мг 1 раз в сутки, в течение 10 дней. Пациентам, имеющим варикозное расширение вен, проводилось эластичное бинтование. С целью уменьшения количества гемартрозов во время операции пациентам внутривенно вводился этамзилат натрия в дозе 500 мг. При завершении операции (особенно после снятия жгута) полость сустава промылась физиологическим раствором хлорида натрия, до остановки кровотечения. В послеоперационном периоде на оперированный сустав помещался пузырь со льдом на 20 минут, назначался этамзилат натрия по 250 мг, внутримышечно, 4 раза в сутки в течение двух дней. При отсутствии противопоказаний назначался ортофен по 75 мг, 1 раз в сутки, в течение 7 дней. С целью про-

филактики инфекционных осложнений при проведении артроскопии плечевого, тазобедренного и голеностопного суставов за 30 минут до начала операции внутривенно вводились антибиотики цефалоспоринового ряда в профилактических дозах. В послеоперационном периоде при большом объеме вмешательства и длительности операции свыше двух часов назначался цефазолин по 1 г, внутримышечно, 2 раза в сутки, в течение 5 дней. При проведении артроскопии коленного сустава антибиотики не применялись, за исключением случаев восстановления связочного аппарата. Важным моментом профилактики инфекционных осложнений мы считаем своевременное выполнение пункции оперированного сустава с удалением скопившейся в полости сустава крови или синовиальной жидкости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на применяющийся комплекс профилактических мероприятий, нам не удалось полностью избежать выше перечисленных осложнений. У 4 пациентов после артроскопии коленного сустава развился тромбофлебит глубоких вен голени. У 30 % больных отмечался выпот в полость сустава после проведенной артроскопии. Для его купирования, как правило, требовалось от 1 до 3 пункций, что не повлияло на длительность пребывания в стационаре и общие сроки лечения пациентов. Среди инфекционных осложнений зарегистрировано 3 случая серозно-фибринозного артрита коленного сустава вызванного хламидиями. Во всех случаях, воспалительный процесс удалось купировать путем назначения консервативной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, несмотря на то, что артроскопия как инвазивный метод таит в себе опасность осложнений, применение предложенного комплекса профилактических мероприятий позволяет снизить риск развития и количество осложнений возникающих после операции.

АДЕКВАТНОСТЬ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Адекватное обезболивание и оценка адекватности анестезии — одна из сложных и трудно решаемых проблем современной анестезиологии. Течение анестезии и качество обезболивания оказывает непосредственное влияние на результаты и исходы оперативного лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить адекватность анестезии на основании данных вариабельности ритма сердца.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено у 25 пациентов мужского пола в возрасте 42–72 лет с атеросклеротическим поражением брюшного отдела аорты и ее крупных ветвей. Исследования проводили на программно-аппаратном комплексе «RADAR-2». Для оценки вегетативного статуса использовали метод математического анализа вариабельности сердечного ритма, где были проанализированы следующие показатели: Мо (мода) — показатель, характеризующий активность гуморального канала регуляции; АМо (амплитуда моды) — показатель, характеризующий активность симпатического канала регуляции; DC (вариационный размах) — показатель, характеризующий активность парасимпатического канала регуляции; ИН (индекс напряжения) — показатель степени централизации регуляторных механизмов ритма сердца, s (среднее квадратичное отклонение) — отражает суммарный эффект влияния на синусовый узел парасимпатического и симпатического отделов.

Больные были разделены на 2 группы: больные 1 группы ($n = 12$) оперированы в условиях эпидуральной блокады, больные 2 группы ($n = 13$) оперированы с применением комбинированной спинально-эпидуральной анестезии. Пункцию и катетеризацию эпидурального пространства проводили на уровне от L_2 до L_4 . Комбинированную спинально-эпидуральную анестезию (КСЭА) применяли по методике «игла в иглу». В качестве местного анестетика использовали раствор лидокаина гидрохлорида. Для достижения эпидурального компонента применяли 2% раствор в дозе 10 мг/кг, а для спинального — 5% гипербарический раствор. Всем больным выполнены шунтирующие и протезирующие операции на артериальных сосудах нижних конечностей. Исследования проведены на следующих этапах: перед операцией и наркозом, на травматичном этапе операции и после операции. С целью

седации и устранения синдрома позиционного дискомфорта использовали бензодиазепины (сибазон 0,25–0,3 мг/кг) и наркотические анальгетики (промедол 2% — 20 мг).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Необходимо отметить, что осложнений, связанных с техникой регионарной анестезии, не отмечено. Необходимый уровень и глубина блокады достигнута у всех пациентов. Перед операцией и наркозом у пациентов как первой, так и второй группы отмечалось повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, что обусловлено наличием психоэмоционального напряжения и длительного болевого синдрома, что выражается в снижении показателей моды и вариационного размаха, а увеличение индекса напряжения, амплитуды моды и среднего квадратичного отклонения говорят о разбалансированности регуляторных механизмов. В травматичный этап операции у больных 1 группы сохранялись сдвиги, характерные для симпатикотонии, состояние сердечно-сосудистой системы характеризовалось низким функциональным резервом.

Во второй группе пациентов при проведении спинально-эпидуральной анестезии отмечалось повышение функционального резерва, стабилизация механизмов регуляции сердечного ритма, снижение амплитуды моды, увеличение вариационного размаха. Однако сохранялись признаки активности симпатического звена парасимпатической нервной системы, но эти влияния оказывали менее значимое действие на механизмы регуляции сердечного ритма.

После окончания оперативного лечения у больных первой группы данные о регуляции ритма сердца существенно не отличались от результатов полученных на первом и втором этапах исследования. У пациентов 2 группы получены величины, свидетельствующие о стабильности функционирования сердечно-сосудистой системы и адекватности реакций на действие внешних факторов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следовательно, анализ вариабельности сердечного ритма позволяет более объективно судить об адекватности обезболивания у больных с атеросклеротическим поражением магистральных сосудов нижних конечностей.

М.И. Давыдов, В.Н. Шолохов, Ю.Г. Сенькин

ОЦЕНКА МЕТОДА ИГОЛЬНОЙ БИОПСИИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН (Москва)
Иркутский областной онкологический диспансер (Иркутск)*

Изучалась точность трансторакальной игольной биопсии (ТТИБ) под контролем ультразвукового изображения в зависимости от локализации, размеров, морфологической природы и нозологической формы торакального заболевания. Последовательно выполнено 274 трансторакальных пункции (ТТП) 236 пациентам (включая 38 повторных). Результаты цитологического исследования, полученные при ТТИБ, сравнивались с результатами окончательного гистологического исследования, полученного различными способами. Общая точность составила 90 %, чувствительность — 87 %, специфичность — 100 %. В нашем исследовании методика позволила определить злокачественный характер процесса в 90,4 % случаев. Расхождения цитологического (ТТИБ) и гистологического диагнозов были клинически незначимыми. С помощью методики ТТИБ под контролем УЗИ не удалось достоверно идентифицировать доброкачественные опухоли и неспецифические воспалительные процессы органов грудной клетки. У пациентов со злокачественными новообразованиями легких чувствительность методики составила 87,4 %, точность — 90,3 %, при опухолях средостения — соответственно 92,6 и 93,3 %, при поражениях плевры, перикарда, грудной стенки — 80,0 и 84,6 % соответственно. При раке легкого чувствительность методики — 87 %, при этом периферический рак легкого диагностировался в 90 % случаев, а центральный рак — в 58 %. Отмечена высокая чувствительность методики при злокачественных опухолях тимуса (93 %). Наименьшая чувствительность получена

при образованиях, имевших морфологическое строение аденокарциномы (83,3 %), более высоким этот показатель был при немелкоклеточном раке легкого (88,5 %), а также в группе, в которую вошли образования легких неэпителиальной природы, лимфомы и тимомы (91,7 %). Чувствительность метода выше при размерах опухолей более 4 см (86 % против 74 % при мелких узлах) независимо от морфологии, локализации и нозологии, однако различие в точности было незначительным: 87 % против 85 %. Выполненный нами ретроспективный анализ показал высокие параметры диагностической эффективности метода ТТИБ под контролем УЗИ, которые существенно не отличаются от других исследований, выполненных с использованием более современного ультразвукового оборудования. Высокая точность метода сочеталась с отсутствием осложнений, характеризовалась быстротой и экономичностью, особенно по сравнению с традиционными методами контроля игольной биопсии (рентген, КТ) грудной клетки. Наибольшая эффективность получена при опухолях средостения и грудной стенки, особенно неэпителиальной природы (саркомы, лимфомы, тимомы). Однако тонкоигольная аспирация, с высокой чувствительностью определяющая злокачественный характер патологии, не всегда позволяла точно установить гистологический тип опухоли. Тем не менее, применение описанного метода имело важное практическое значение для определения тактики ведения пациентов с онкологической патологией органов грудной клетки и грудной стенки.

А.Д. Ефременко, В.С. Ложкин, Ю.Н. Незатаенко, Е.А. Баженов, И.Н. Гончаров, А.Г. Грибанов

АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Детская краевая клиническая больница (Хабаровск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная оценка оперативных методов лечения перитонита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование основано на 6-летнем опыте лечения перитонита у детей. Применялись открытая и закрытая методики оперативного лечения.

На лечении по поводу распространенного перитонита находилось 112 детей. По возрасту: детей до 1 года — 2 (1,8 %), от 1 года до 3 лет — 9 (8,0 %), от 4 до 7 лет — 33 (29,5 %), 8—11 лет — 39 (34,8 %), 12—14 лет — 29 (25,9 %). Причиной перитонита были: гангренозный аппендицит — 7 (6,2 %), гангренозно-перфоративный аппендицит — 73 (65,2 %), первичный перитонит — 9 (8,0 %),

закрытая травма живота с повреждением полых органов — 11 (9,8 %), огнестрельные ранения брюшной полости — 4 (3,6 %), язвенно-некротический энтероколит — 4 (3,6 %), инвагинация — 1 (0,9 %), перфоративная язва желудка — 1 (0,9 %), гастродуоденит — 2 (1,8 %). Дети с распространенным перитонитом были разделены на две группы, в первую вошли дети, оперированные с применением лапаротомии, во вторую были отнесены дети, оперированные с дренированием брюшной полости. В первой группе было 54 ребенка, с наиболее тяжелыми формами перитонита, более длительными сроками заболевания, во второй было 58 детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первой группе количество программированных плановых санаций составило от одной до четырех. Восстановление функции кишечника отме-

чалось на 3—4 сутки. Средняя длительность стационарного лечения составила 28 дней. Проведенные нами сравнительные исследования показали, что применение открытого (лапаротомия) метода лечения распространенного перитонита у детей обеспечивает меньшую продолжительность эндотоксикоза, раннее купирование болевого синдрома и восстановление функции желудочно-кишечного тракта. Однако во второй группе средние сроки госпитализации составили 21 день, а количество послеоперационных осложнений было меньше. Летальных исходов при лечении перитонита не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при тяжелых формах перитонита оправдано применение лапаротомии, в более легких случаях показан закрытый метод лечения.

А.Д. Ефременко, С.Н. Николаев, *К.В. Ватолин, *А.Г. Пинигин

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

*Детская краевая клиническая больница (Хабаровск)
Российский государственный медицинский университет (Москва)

До сегодняшнего дня остается открытым вопрос показаний и сроков оперативного лечения детей со спинномозговыми грыжами. Ошибки в диагностике и тактике лечения в некоторых случаях приводят к необратимым неврологическим осложнениям. За период с 1994 по 2004 гг. проведено исследование 41 ребенка, находившегося на лечении, со спинномозговой грыжей. Мальчиков было 21, девочек 20. Возраст поступавших детей колебался от 2-х часов жизни до 16 лет. В комплекс диагностических мероприятий применялись методы современной диагностики (УЗИ, МРТ, КТ).

Локализация по отношению к отделам позвоночника проявлялась: грыжей шейного отдела — 1, грудного отдела — 1, груднопоясничного — 4, поясничного отдела — 10, пояснично-крестцового отдела — 20, крестцового — 5. По характеру грыжевого выпячивания диагностированы следующие виды грыж: рахизис — 1, менингоцеле — 4, менингомиелоцеле — 6, менингоградикулоцеле — 20, менинголипомиелоцеле — 8 отшнуровавшаяся грыжа — 1, дермальный синус — 1. Сопутствующая патология распределялась следующим образом: тугоухость, глухонмота — 1, почечная патология — 1, нарушение функций тазовых органов — 12, атония кишечника — 1, долихосигма — 3, вальгусная деформация конечностей, косолапость — 5, сколиоз — 8, парезы и параличи нижних конечностей — 11, кардиопатии — 3. Проявления разной степени гидроцефалии отмечено в 42,5 % случаев, мальформация Арнольда-Киари-II в 35,3 %. Основной метод оперативного лечения у

данных больных — мышечно-фасциальная пластика грыжевых ворот по методу Байера. В последние годы предпочтение отдается методу Чека. При этом выполняется декомпрессивная ламинэктомия, го-мопластика консервированной плацентой.

При изучении ближайших и отдаленных результатов пластики грыжевых ворот отмечались единичные случаи послеоперационного нагноения, расхождения швов. Однако проблема оперативного лечения спинномозговых грыж не является решенной, так как клиническая картина оперированных зачастую не является удовлетворительной. Так как простое иссечение спинномозговой грыжи и пластика дефекта позвоночного канала у маленького ребенка позволяют лишь устранить косметический дефект. Это в большинстве случаев, не решает фатальных проблем неврологических выпадений, не обеспечивают функционального восстановления органов малого таза и нижних конечностей. Вместе с тем, существует возможность частичного восстановления утраченных функций проводникового аппарата спинного мозга и происходит оно более благоприятно после устранения сдавления спинного мозга и восстановления ликвородинамики. На наш взгляд первичная операция должна быть направлена на устранение первично фиксированного и профилактику вторично фиксированного спинного мозга. Для успешного оперативного лечения необходим также комплекс диагностических мероприятий включающий в себя и эффективные методы современной диагностики (УЗИ, МРТ, КТ).

К ВОПРОСУ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДА ФОРМИРОВАНИЯ АСЦЕНДОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Патология ободочной кишки, требующая оперативного вмешательства, является одной из частых среди заболеваний желудочно-кишечного тракта. Разработанная ранее методика формирования колоректального анастомоза после субтотальной дистальной колэктомии не обеспечивает профилактики несостоятельности швов колоректального соустья ввиду сложности анастомозирования различных по диаметру восходящей ободочной и прямой кишок. Также необходимо отметить, что мобилизация и реверсия илеоцекального отдела являются самостоятельной причиной несостоятельности баугиниевой заслонки после субтотальной дистальной колэктомии.

Вследствие этого и возникает необходимость совершенствования формирования асцендоректального анастомоза и выполнения корригирующей операции на илеоцекальном отделе ободочной кишки после субтотальной дистальной колэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Экспериментальная часть выполнена на 10 экспериментальных животных. После получения удовлетворительных результатов методика внедрена в клинику НИИ гастроэнтерологии. По оригинальной методике прооперировано 17 пациентов. С 1991 по 2003 г. прооперировано 17 больных, из них 11 женщин и 6 мужчин, что составляет 64,7 и 35,3 % соответственно. Возрастной промежуток от 9 до 73 лет. Средний возраст составил $50 \pm 1,06$ лет. В 9 случаях (52,94 %) асцендоректальный анастомоз первично сформирован после субтотальной дистальной колэктомии по поводу мегаколон, хронического копростазы. Двое пациентов (11,76 %) ранее перенесли операцию Гартмана по поводу дивертикулеза толстой кишки. Двоим больным (11,76 %) ранее выполнена операция Гартмана по поводу рака ободочной кишки III ст. Одна пациентка (5,88 %) в детстве перенесла операцию Дюамеля — Баирова по поводу болезни Гиршпрунга. Один пациент (5,88 %) оперирован в плановом порядке ранее по поводу болезни Крона, была выполнена левосторонняя гемиколэктомия.

Способ осуществляется следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом из нижнесрединного доступа выполняется субтотальная дистальная колэктомия. Мобилизуется слепая и восходящая кишки путем рассечения и отделения от подлежащей клетчатки латерального края париетальной брюшины. Таким же образом, сохраняя кровообращение в системе подвздошно-ободочной артерии, выделяют париетальную брюшину по

медиальному краю. Затем илеоцекальный отдел и восходящая кишки поворачиваются во фронтальной плоскости против часовой стрелки на 180 градусов и анастомозируются в конец прямой кишки двухрядным швом по собственной методике. После аппендэктомии и погружения культи отростка в кисетный шов бессосудистая зона илеоцекального угла мобилизуется на протяжении 3 см. Отступая от места перехода подвздошной кишки в слепую в проксимальном и дистальном направлениях по 1,5 см, накладываются инвагинационные швы на 2/3 полуокружности терминальных отделов подвздошной и слепой кишок и поочередно завязываются. Операция заканчивается восстановлением целостности тазовой брюшины с фиксацией слепой кишки к париетальной брюшине правой подпеченочной области и дренированием полости малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование разработанной нами методики анастомозирования различных по диаметру восходящей ободочной и прямой кишок позволяет избежать развития несостоятельности соустья за счет преимуществ техники: 1) циркулярное рассечение серозномышечной оболочки по линии резекции обнажает подслизистую основу за счет сокращения мышечного слоя, что позволяет свободно дифференцировать слои кишки «невооруженным» глазом; 2) формирование подобного шва позволяет одновременно адаптировать одноименные слои стенок, добиться наибольшей прочности кишечного шва вследствие плоскостного захвата подслизистой оболочки, при этом не инфицируя стенку кишки и не вскрывая просвет кишок до завершения формирования задней полуокружности соустья; 3) продольное расположение на ободочной и косое на прямой одинаковых по величине стежков позволяет равномерно адаптировать различные по диаметру просветы кишок без ущерба качеству кишечного шва; 4) послойное адаптивное одноименных тканей позволяет добиться заживления первичным натяжением и избежать анастомозита и стриктуры соустья.

Формирование асцендоректального анастомоза по оригинальной методике не вызывает специфических хирургических осложнений (несостоятельность швов соустья), а также позволяет уменьшить до 5,88 % случаев общехирургических осложнений у больных, перенесших субтотальную дистальную колэктомия.

Выполнение профилактической баугинепластики не препятствует естественному прохожде-

нию кишечного содержимого в разные сроки после оперативного вмешательства, а также позволяет избежать в отдаленном послеоперационном периоде развития рефлюкс — энтерита, связанного с дисфункцией илеоцекального отдела после его реверсии во время операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение в клинике разработанного способа формирования асцендоректального анастомоза с профилактической баугинепластикой позволяет получить в отдаленном послеоперационном периоде отличные и хорошие результаты в 92 % случаев.

Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Д.В. Зыков, Н.Э. Куртсеитов

ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ПРИ ОПЕРАЦИИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

НИИ гастроэнтерологии СГМУ (Северск)

Оперативное лечение рефлюкс-эзофагита заключается, как правило, в переводе операции типа Billroth II в Roux. Однако, несмотря на выполнение операции типа Roux, частота рефлюкс-эзофагита снижается незначительно. Среди причин летальности после гастрэктомии на первом месте стоит недостаточность швов пищевода-кишечного анастомоза (50 — 85 %), послеоперационный рефлюкс-эзофагит возникает у 8,7 — 56,6 %, а по данным некоторых авторов, достигает 96 %.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью повышения эффективности лечения за счет усиления арефлюксных свойств эзофаго-еюноанастомоза нами предложен новый способ хирургического лечения рефлюкс-эзофагита при реконструктивной еюногастропластики после гастрэктомии (Патент РФ № 2148958 20.05.2000 г.). Способ осуществляется следующим образом — из верхнесрединного доступа выполняется ревизия и мобилизация отводящей и приводящей петли тощей кишки. Приводящая кишка отсекается на 3 см проксимальнее пищевода-кишечного анастомоза, дистальный конец ее ушивается наглухо, а проксимальный переводится ниже мезоколон. Отводящая кишка пересекается на 14 — 16 см дистальнее пищевода-кишечного анастомоза. Мобилизуется культя двенадцатиперстной кишки. Формируется инвагинационно-клапанный еюнодуоденоанастомоз. В абдоминальном отделе пищевода непосредственно у эзофаго-еюноанастомоза циркулярно рассекается мышечная оболочка пищевода, последняя сокращается, оголяется подслизистая основа на протяжении 10 мм. Отсепарованная на протяжении 10 — 12 мм мышечная оболочка пищевода заворачивается кверху и по краю подшивается в состоянии умеренного натяжения к продольному мышечному слою пищевода. На проксимальном конце сформированного трансплантата выкраивается участок серозно-мышечной оболочки размерами 25 — 30 мм, отсекается и удаляется. При этом большая

часть площадки располагается впереди эзофаго-еюноанастомоза, формируется инвагинационный клапан.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Поведен анализ результатов лечения 23 пациентов в возрасте 43 — 62 лет. Операции выполнялись по поводу рефлюкс-эзофагита III ст. и демпинг-синдрома тяжелой степени.

Всем пациентам в раннем и отдаленном послеоперационном периоде проведено комплексное обследование, включающее в себя лабораторное и инструментальное исследование. Результаты эндоскопического исследования больных через 2 месяца после операции: слизистая оболочка пищевода не изменена, эзофаго-еюноанастомоз сомкнут, свободно проходим, при инсuffляции воздухом раскрывается до 12 — 14 мм. Инвагинационный клапан в виде полулунной складки. Слизистая по линии шва анастомоза не изменена.

При рентгенологическом исследовании через два месяца: контрастная масса свободно проходит по пищеводу, анастомоз перистальтирует, раскрывается до 20 мм, пропускает барий в трансплантат порционно. Эвакуация контраста в ДПК наступает через 3 — 4 мин. Рефлюксов стоя и лежа (в положении Транделенбурга) в трансплантат и пищевод нет. Через полтора часа в трансплантате следы контрастной массы, основная часть ее в петлях тощей кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 2 — 3 месяца больные переходят на обычный стол и 3 — 4-х разовое питание. Результаты операции в отдаленном послеоперационном периоде прослежены у 18 пациентов в сроки от 1 до 5 лет после операции (одна больная умерла через 9 месяцев после реконструктивной операции от рака прямой кишки). Через 3 года после операции работали 10 из 14 пациентов трудоспособного возраста. Инвалидами второй группы оставался один пациент и один — инвалидом III группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предлагаемый способ лечения рефлюкс-эзофагита, основанный на формировании арефлюксного пищеводно-кишечного анасто-

моза, позволяет достичь высоких функциональных результатов операции и улучшить качество жизни больных в отдаленные сроки после вмешательства.

Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Д.В. Райш

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ IV СТЕПЕНИ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Частота заболеваемости ахалазией кардии колеблется от 3 до 20 %. Она встречается в любом возрасте, почти одинаково часто у мужчин и женщин. Единственно радикальным методом хирургического лечения ахалазии кардии III – IV степени является субтотальная резекция пищевода. Однако, несмотря на большое число модификаций этого оперативного пособия, частота осложнений после одноэтапной субтотальной резекции пищевода с эзофагопластикой по сводной статистике достигает 60 %, а летальность – 39 %.

Нами разработан и применен на практике способ хирургического лечения ахалазии кардии IV степени (Патент РФ № 2242179 от 29.12.2004 г.).

Способ выполняется следующим образом. Абдоминальный и нижнегрудной отдел пищевода пристеночно мобилизуют от окружающей клетчатки и сосудов, сохраняя блуждающие нервы. По линии резекции на уровне нижнегрудного отдела пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Ее проксимальный край берется на нити-держалки, подшивают к ножкам сухожильной части диафрагмы и отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5 – 2 см. Выполняют цервикальный доступ к шейному отделу пищевода вдоль медиального края нижней трети левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы и в рану выводят шейный отдел пищевода. По линии резекции на шейном конце пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Дистальный край мышечной оболочки фиксируют нитями-держалками, отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5 – 2 см по проксимальному краю мышечной оболочки, слизистая прошивается аппаратом УО-40. На передней стенке обнаженных слизистой и подслизистой оболочек нижнегрудного отдела формируют отверстие, через которое проводят флэбэкстрактор в просвет пищевода на шею. Обнаженные слизистую и подслизистую оболочки шейного конца пищевода фиксируют на флэбэкстракторе и по краю

механического шва пересекают. С помощью тракции за флэбэкстрактор и фиксации мышечной оболочки шейного отдела за нити-держалки удаляют слизистую и подслизистую оболочки пищевода, выворачивая их в виде «чулка» в изоперистальтическом направлении. В просвет мышечного футляра пищевода вводят два крючка А.Г. Савиных, изоперистальтический желудочный стебель проводят внутри мышечного футляра на шею и накладывают эзофагогастроанастомоз по методике описанной нами ранее. Мышечный футляр фиксируют узловыми швами над линией эзофагогастроанастомоза. Операция завершается дренированием мышечного футляра пищевода.

По данной методике в клинике прооперировано 7 пациентов, в том числе 2 (28,6 %) мужчин и 5 (71,4 %) женщин в возрасте от 42 до 59 лет. У всех больных имела место ахалазия кардии IV степени.

Течение раннего послеоперационного периода благоприятное. Среднее время пребывания больного в стационаре после операции составило $10,5 \pm 2,7$ сут. Общехирургические осложнения имели место у 1 (8,3 %) пациента – у больного в раннем послеоперационном периоде развился тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Осложнений, связанных с методикой выполнения операции, не было.

Все пациенты осмотрены в сроки от 1,5 мес. до 5 лет после операции. Ни в одном случае не наступил рецидив заболевания. Все пациенты трудоспособного возраста вернулись к прежней работе.

Таким образом, разработанный способ пластического замещения пищевода при ахалазии кардии IV степени, заключающийся в его демуккозации, формировании искусственного «пищевода» из большой кривизны желудка и проведении его внутри сохраненной мышечной оболочки, способствует не только улучшению непосредственных результатов операции, но и восстановлению качества жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПО ПОВОДУ УЗЛОВОГО ЗОБА

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба, путем оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 120 больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба (УКЗ), наиболее частого гистологического варианта узловых образований щитовидной железы (ЩЖ). Сформированы две группы пациентов:

✦ I группу составил 61 больной. Этим больным проводился комплекс послеоперационных реабилитационных мероприятий, включающий назначение в ранние сроки нестероидного противовоспалительного препарата — нимесулида и микроволновой терапии на область ЩЖ, тиреоидные гормоны в зависимости от объема оперативного лечения и уровня тиреотропных гормонов (ТТГ);

✦ II группу составили 59 пациентов, схема ведения которых в послеоперационном периоде не включала комплекс лечебно-профилактических мероприятий, а если проводились, то нерегулярно или не в полном объеме.

В I группе больных после операции на ЩЖ проводили комплексное воздействие на пораженный орган медикаментозно и физиотерапевтически с целью уменьшения местных воспалительных реакций (боль, экссудация, гиперемия, нарушение микроциркуляции), предупреждения развития послеоперационного гипотиреоза.

В послеоперационном периоде, в первые сутки и на протяжении 14 — 20 дней, назначали нестероидный противовоспалительный препарат (нимесулид 200 мг в сутки).

На 7 — 9 сутки после операции на область ЩЖ применяли микроволновую терапию (СМВ) по 2 — 3 Вт — по 3 — 5 мин., 5 — 7 сеансов в слаботепловом режиме.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате проведенных реабилитационных мероприятий было достигнуто улучшение субъективных ощущений (боль при глотании, слабость, недомогание).

При объективном обследовании со стороны послеоперационной раны отмечалось уменьшение отека, рана заживала первичным натяжением, с формированием нежного косметического рубца. Субфебрильная температура сохранялась на протяжении не более 2-х дней, боль со стороны раны исчезала на 3 — 4 сутки. Сократились сроки временной утраты трудоспособности до 16 ± 2 суток (в группе без комплекса реабилитационных мероприятий 21 ± 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение в послеоперационном периоде схемы, включающей нестероидные противовоспалительные препараты (нимесулид), физиотерапию (микроволновые токи), позволило уменьшить местно-воспалительные явления со стороны раны, улучшить социальную адаптацию пациентов.

Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Н.Э. Куртсеитов

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

В настоящее время во всем мире отмечается уменьшение числа плановых операций по поводу язвенной болезни желудка и ДПК и, вместе с тем, рост числа операций выполняемых в экстренном порядке по поводу осложнений язвы. При этом зачастую операция ставит своей целью сохранение самой жизни, а не восстановление качества ее. Подтверждением этому служит значительное число осложнений раннего и отдален-

ного послеоперационного периода. Среди поздних осложнений резекции желудка ведущее место занимают рефлюкс-гастрит, демпинг-синдром, пептическая язва гастроэнтероанастомоза и др. Зачастую единственным способом восстановления качества жизни при постгастрорезекционных расстройствах является выполнение реконструктивной операции. Вместе с тем, примерно в 1/4 случаях эта операция не несет облегче-

ние больному, а в отдаленные сроки возможен рецидив заболевания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находятся 36 пациентов с различными формами болезни оперированного желудка, которым ранее выполнялась резекция желудка по способу Billroth II. Длительность заболевания составила $7,3 \pm 2,1$ года (от 1,5 до 23 лет).

Наиболее частым осложнением было сочетание демпинг-синдрома и пептической язвы — 30 (83,3 %) пациентов. При этом у 18 (50 %) больных имел место демпинг-синдром тяжелой степени, приведший к стойкой инвалидизации пациентов.

Анализируя истории развития постгастрорезекционных расстройств у пациентов после операций на желудке, мы пришли к выводу о том, что более чем у половины (21 из 36) пациентов они возникли в течение первого года после хирургического вмешательства. У 12 пациентов постгастрорезекционные расстройства проявились после периода компенсации, который продолжался от 1 до 4 лет. Менее чем через 1 год после первого вмешательства оперирован один больной, в сроки от 2 до 3 лет — 14, от 3 до 5 лет — 8 и один пациент оперирован через 8 лет после первой операции.

В нашей клинике разработан и внедрен в практику способ лечения болезни оперированного желудка, заключающийся в редуоденизации с обязательным формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза с клапаном в двенадцатиперстной кишке (Патент РФ № 2173094 от 10.09.2001).

В послеоперационном периоде применяли комплексное клинико-инструментальное исследование, включающее клинические и биохимические анализы крови, фиброэндоскопию, рентгеновское исследование желудочно-кишечного тракта, ультрасонографию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В сроки от 1 мес. до 7 лет после операции обследовано 36 больных. Основным критерием оценки исхода оперативного лечения болезни оперированного желудка считается восстановление качества жизни пациентов. С этой целью все пациенты до и в различные сроки после операции заполняли анкету, позволяющую определить гастроинтестинальный индекс (ГИ) качества жизни (GIQL).

В предоперационном периоде ГИ не превышал 95 баллов, составляя в среднем $86 \pm 7,3$. В раннем послеоперационном периоде у 22 (61,1 %) пациентов отмечался рост ГИ до 111 — 119 баллов, а у 14 (38,9 %) больных имелось снижение его до 78 — 83. Такая картина, на наш взгляд, обусловлена происходящими компенсаторно-восстановительными процессами. Характерным для этой группы больных был длительный анамнез болез-

ни оперированного желудка. Однако уже через 6 мес. после операции у всех пациентов отмечался рост ГИ, который составил в среднем $121 \pm 8,3$ (от 118 до 132). В дальнейшем только у одного пациента с клиникой хронического панкреатита отмечалось некоторое снижение ГИ, у остальных больных он оставался на прежнем уровне, либо имелся его умеренный рост.

Рентгенологическое исследование проведено всем пациентам до операции и в различные сроки после нее. Восстановление трансдуоденального пассажа пищи привело к нормализации моторно-эвакуаторной функции культи желудка и тонкой кишки. Исследования проводились с бариевой взвесью и рентгеноконтрастной пищевой смесью. По результатам исследования получены следующие данные. До операции эвакуация бариевой взвеси из культи желудка происходила по типу «провала», в среднем за $15,3 \pm 1,45$ мин., после редуоденизации время полной эвакуации составило $65 \pm 4,5$ мин. При этом эвакуация становится порционной и ритмичной. Данной картине в немалой степени способствует сформированный инвагинационно-клапанный гастродуоденоанастомоз.

Пассаж по тонкой кишке после редуоденизации также отличается от дооперационных исследований. Если до операции у большинства больных имело место ускоренное продвижение контраста по тонкой кишке, и уже через 60 — 90 минут отмечалось поступление контраста в проксимальные отделы толстой кишки, то после редуоденизации первая порция контраста поступает в слепую кишку спустя 5 — 6 часов от начала исследования. Таким образом, после восстановления естественного трансдуоденального пассажа пищи создаются оптимальные условия для медленной и ритмичной эвакуации из культи желудка и трансплантата, более равномерного продвижения химуса по тонкой кишке, что способствует нормализации кишечного пищеварения и предотвращает развитие демпинг-реакции.

По данным ультрасонографии и радиоизотопного сканирования дискинезия желчного пузыря по гипомоторному типу отмечена у 12 больных до операции, после операции гипермоторная дискинезия желчного пузыря зарегистрирована у 5 больных, у 4 сохранялась гипомоторика. Время максимального накопления в желчном пузыре $39 \pm 3,3$ мин., латентное время — $10,5 \pm 1,5$ мин.

Изучение углеводного обмена с помощью пробы Штаубе-Трауготта показало, что до операции у 21 (58,3 %) из 36 больных имели место гликемические кривые с преобладанием второго пика и у 9 (25 %) — двухвершинные кривые с равной высотой подъема (патологические кривые). После редуоденизации 24 (66,7 %) из 36 обследованных, имеют одногорбые или двугорбые гликемические кривые с преобладанием первого пика (нормальные кривые). У 12 (33,3 %) со-

хранялись двухвершинные кривые с равной высотой подъема (10) и кривые с преобладанием второго пика (2). Таким образом, восстановление дуоденального пассажа пищи с включением в процесс пищеварения гепатопанкреатодуоденальной зоны способствует нормализации углеводного обмена.

При эндоскопическом исследовании в отдаленные сроки после операции сформированный клапан створка сохраняет свою перистальтическую активность, эффективно предупреждая заброс дуоденального содержимого в культю желудка. При микроскопическом исследовании биопсий слизистой культи желудка признаки характерные для рефлюкс-гастрита имели место у 5,5 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, операция редуоденизации с формированием инвагинационно-клапанного гастродуоденоанастомоза является методом выбора в лечении больных с постгастрорезекционными расстройствами, а формируемый «искусственный привратник» способствуют более медленной и ритмичной эвакуации пищи из культи желудка, надежно предупреждая рефлюкс содержимого из нижележащих отделов пищеварительного тракта в вышележащие. Операция редуоденизации дает пациенту шанс на восстановление работоспособности, предупреждает прогрессирование заболевания и возможное развитие тяжелых, опасных для жизни осложнений, способствует трудовой и социальной реабилитации.

А.А. Задорожный, Н.А. Задорожная

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Сибирский государственный медицинский университет (Томск)

Экспериментальное исследование проведено на 256 собаках, 66 кроликах и 239 мышах. Применялись клинические, биохимические, морфологические и рентгенологические методы обследования.

В результате было выявлено следующее:

- ✘ с первых дней развития анаэробной инфекции в эксперименте возникают: тахикардия, несоответствие между пульсом и температурой, отек и серозное отделяемое из раны, статистически достоверное падение гемоглобина, снижение кожной температуры и венозное давление на пораженной конечности: перечисленные симптомы неспецифичны, так как они наблюдаются при гнойной инфекции и тяжелых травматических поражениях конечностей;

- ✘ достоверные симптомы анаэробного процесса (газ в мягких тканях, гангрена кожи, желтушность склер, отсутствие в ране грануляций) развиваются поздно и свидетельствуют о его запущенности; в артериях конечности, пораженной анаэробной инфекцией, быстро возникают фазовые функциональные и органические изменения, которые могут служить важными тестами для ранней диагностики этого осложнения, локализации и путей его распространения;

- ✘ самым ранним и патогномичным ангиографическим симптомом возникновения в ране конечности анаэробной инфекции является спазм магистральных артерий и расширение мышечных коллатералей, наступающий при инъекции токсинов в первые 24 часа, а при заражении ран анаэробными штаммами — в первые трое

суток. Ценность этого симптома состоит в том, что он обнаруживается до развития клинической картины анаэробной инфекции;

- ✘ следующим ангиографическим симптомом анаэробной инфекции, возникающим на фоне развившегося спазма на 3—5 сутки, является тромбоз магистральных артерий;

- ✘ газ в мягких тканях выявляется на 4—6 сутки, как правило, в тканях лишенных кровоснабжения;

- ✘ ангиография позволяет в ранние сроки диагностировать анаэробную инфекцию, ее локализацию и пути распространения, не только при быстропрогрессирующих и хронических формах, но и при ее возникновении у иммунизированных и получавших с профилактической целью антибиотики;

- ✘ при анаэробной инфекции ран возникают два типа нарушения кровоснабжения мягких тканей: локальный и тотальный.

При первом — нарушение кровоснабжения с последующим развитием некроза наступает в отдельных мышцах или группах их; при тотальном тромбозе некроз развивается в мягких тканях дистальнее расстройства кровообращения.

При локальном типе нарушения кровоснабжения в конечности наиболее рациональным является рассечение фасциальных влагалищ над мышцами, лишенными кровоснабжения, с последующим их иссечением; при тотальном — ампутация конечности на уровне тромбоза магистральных артерий.

ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Федеральное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (Ленинск-Кузнецкий)

У пациентов с политравмой часто возникают острые эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что обусловлено нарушением защитных факторов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Наиболее частыми осложнениями острых эрозий и язв ЖКТ у больных с тяжелой сочетанной травмой являются кровотечения, что значительно утяжеляет течение основного патологического процесса. По данным различных исследователей, частота кровотечений у данной группы больных колеблется в пределах 30 – 50 %.

Широкое применение современных лекарственных препаратов для профилактики эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ привело к снижению частоты развития кровотечений до 5 – 10 %, однако летальность до настоящего времени остается высокой, составляя 5 – 50 %, по данным различных исследователей, а в тяжелых случаях достигает 80 %.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность диагностической и лечебной фиброгастроуденоскопии (ФГДС) при кровотечениях из острых изъязвлений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с политравмой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты диагностики и лечения острых желудочно-кишечных кровотечений из острых изъязвлений верхних отделов ЖКТ у 57 больных с политравмой (мужчин – 46 (80,7 %), женщин – 11 (19,3 %)). Тяжесть состояния больных по CSG ≤ 8 баллов.

Источник кровотечения выявляли при ФГДС, которую осуществляли в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Для проведения ФГДС использовали фиброгастроуденоскопы фирмы Olympus (Япония). Степень активности кровотечения определяли в соответствии с классификацией J. Forrest (1974).

Из методов эндоскопического гемостаза применяли: эндоклипирование; инъекционно-инфильтративный метод (5 и 10% раствором глюкозы); химический метод (орошение кровоточащего дефекта слизистой оболочки 5% раствором азотнокислого серебра или 96° этиловым спиртом).

При активном кровотечении и остановившемся кровотечении применяли смешанный вид эндоскопического гемостаза (эндоклипирование и инъекционный). При состоявшемся кровотечении выполнялся только химический гемостаз.

У больных с активным и остановившимся кровотечением осуществляли эндоскопический мониторинг.

При Forrest-I мониторинг проводился через 2 – 4 часа с эндоскопическим гемостазом, при Forrest-II – через 6 – 8 часов. Состоявшееся кровотечение (F-III) проведения мониторинга не требовало. Критериями эндоскопического гемостаза считали: эффективный гемостаз – полная остановка кровотечения за одну эндоскопическую процедуру; надежный гемостаз – отсутствие рецидивов кровотечения после первой процедуры в течение данного патологического процесса (изъязвления).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При эндоскопическом исследовании верхних отделов ЖКТ у 29 (50,8 %) пациентов с политравмой источником кровотечения явились множественные острые эрозии желудка (эрозивные гастриты), при этом у 16 (28 %) больных зарегистрированы остановившееся кровотечение (F-IIA, B), а у 13 (22,8 %) пациентов выявили состоявшееся кровотечение. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки были обнаружены у 28 (49,1 %) обследованных пациентов с политравмой, при этом в 14 (24,6 %) случаях диагностировано активное кровотечение, а у 14 (24,6 %) обследованных кровотечение было остановившимся. У 14 (24,6 %) пациентов с острыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки при активном кровотечении, проводили смешанный гемостаз (эндоклипирование и инъекционный) и осуществляли эндоскопический мониторинг через 2 – 4 часа.

У 14 (24,6 %) пациентов с острыми язвами и эндоскопической картиной остановившегося кровотечения проводили инъекционный гемостаз, но эндоскопический мониторинг осуществляли через 6 – 8 часов.

У пациентов с эрозивным гастритом и эндоскопической картиной остановившегося кровотечения наиболее крупные эрозии орошали 5% раствором азотнокислого серебра и проводили эндоскопический мониторинг через 6 – 8 часов, а в случаях состоявшегося кровотечения мониторинг не проводили.

Эффективность эндоскопического гемостаза, по нашим данным, составила 98,2 %, а надежность (отсутствие рецидива) – 96,5 %. Неэффективный гемостаз был отмечен у 1 больного с профузным кровотечением F-IA. Больной был прооперирован. Рецидив кровотечения был отмечен у 2 пациентов с кровотечением F-IB.

ВЫВОДЫ

1. ФГДС у пациентов с острыми эрозивно-язвенными поражениями верхнего отдела ЖКТ, осложненными кровотечениями позволяет в 100 % выявить источник кровотечения и определить степень его активности, что требует обязательного введения эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки в комплекс лечебно-диагностических мероприятий у больных с политравмой.

2. Лечебная эндоскопия при кровотечении из острых изъязвлений верхних отделов ЖКТ у пациентов с политравмой обладает высокой эффективностью и позволяет осуществить гемостаз в 96 – 98 % случаях.

3. Проведение эндоскопического мониторинга у пациентов с активным и остановившемся кровотечением из острых изъязвлений верхних отделов ЖКТ позволяет повысить эффективность и надежность эндоскопического гемостаза в остром периоде политравмы.

В.Н. Зеленин, А.С. Золотов, И.А. Куклин

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ И ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

**ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Городская больница (Спасск-Дальний)**

Закрытые травмы ахиллова сухожилия считаются самыми частыми среди повреждений крупных сухожилий человека (Ситник А.А., 2003). Открытые ранения пяточного сухожилия встречаются реже, но тяжесть травмы часто требует применения сложных реконструктивных операций. Среди пострадавших преобладают мужчины наиболее работоспособного возраста (30 – 50 лет). Уровень раневых осложнений и повторных разрывов сухожилия после хирургического лечения остается довольно высоким. В связи с этим актуальным является выработка тактики лечения различных ранений ахиллова сухожилия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 1997 по 2004 г. проведено лечение 60 пациентов с травмами ахиллова сухожилия. Возраст пациентов варьировал от 12 до 63 лет. В зависимости от вида и давности повреждения все больные были разделены на 4 группы.

Первая группа – свежие по Т. Nyssonen (2003) (до двух недель) закрытые повреждения (27 больных).

Вторая группа – застарелые (после двух недель) закрытые повреждения (20 больных).

Третья группа – свежие открытые повреждения без дефекта мягких тканей (6 больных).

Четвертая группа – застарелые открытые повреждения с дефектом мягких тканей (7 больных).

При лечении пациентов первой группы применялось открытое сшивание поврежденного сухожилия конец в конец швом Kuneo или швом Tsuge в нашей модификации. В 10 случаях место шва дополнительно было укреплено сухожилием подошвенной мышцы. В трех случаях применен метод подкожного шва сухожилия (Ma G.W., Griffith T.G., 1977).

При лечении пациентов второй группы применялась пластика сухожилия по Чернавскому, V –

У пластика, пластика с использованием сухожилия подошвенной мышцы.

При лечении третьей группы пациентов после выполнения первичной хирургической обработки раны поврежденное пяточное сухожилие восстанавливали швом Kuneo или Tsuge в нашей модификации.

При лечении самой сложной категории больных – четвертой группы – одновременно с пластикой сухожилия выполнялось закрытие дефекта кожи свободными лоскутами на микрососудистых анастомозах (торакодорсальный лоскут – 1, лопаточный лоскут – 1, лучевой лоскут с включением кровоснабжаемых сухожилий лучевого сгибателя запястья и длинной ладонной мышцы – 5).

В послеоперационном периоде применялась иммобилизация оперированной конечности гипсовой шиной в течение 6 недель, с последующей дозированной нагрузкой до 4 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Инфекционные осложнения в виде лигатурных свищей встретились в 3 (5 %) случаях (1 – после закрытого шва, 1 – после открытого шва, 1 – после пластики сухожилия). Еще в двух случаях (3,33 %) наблюдался повторный разрыв сухожилия (1 – после закрытого шва, 1 – после пластики сухожилия).

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет прослежены у 52 человек. Исходы лечения оценивались по методике А.Р. Treuffer (1974). Отличные результаты наблюдались у 32 (61,54 %) пациентов, хорошие у 12 (23,08 %), удовлетворительные – у 6 (11,54 %), плохие – у 2 (3,85 %).

Использование микрососудистых лоскутов для одновременного замещения дефектов кожи и восстановления ахиллова сухожилия показало правильность выбранной тактики. Включение в лос-

кут участков кровоснабжаемых сухожилий обеспечило эффективное восполнение ахиллова сухожилия и восстановление дефекта кожи, что обеспечило реабилитацию всех пациентов.

Таким образом, дифференцированный подход к лечению различных травм ахиллова сухожилия позволил в большинстве случаев получить положительные результаты.

П.А. Иванов, В.Ю. Погребняков, С.И. Курупанов

СОСТОЯНИЕ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫМ МАЛОИНВАЗИВНЫМ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

Областная клиническая больница (Чита)

Целью работы явилось изучение состояния провоспалительных цитокинов IL-1 α , IL-1 β , IL-8, TNF α в ответ на малоинвазивную хирургическую агрессию в ближайшем послеоперационном периоде. Изучение проводили у 17 больных при плановом рентгенохирургическом лечении по поводу неосложненных кистозных образований различной локализации. Все обследованные больные не имели значимых сопутствующих заболеваний и системных расстройств. Концентрация провоспалительных цитокинов в дооперационном периоде составляла для IL-1 α — 31,9 \pm 3,7 пкг/мл; IL-1 β — 49,6 \pm 8,2 пкг/мл; IL-8 — 36,7 \pm 6,3 пкг/мл; TNF α — 32,6 \pm 5,4 пкг/мл.

Повторные исследования концентрации цитокинов проводили в сроки от 1 до 3 дней после

вмешательства. При этом было установлено следующее: концентрация IL-1 α составила 33,8 \pm 4,2; IL-1 β — 50,4 \pm 6,1; IL-8 — 36,2 \pm 5,2; TNF α — 40,5 \pm 4,4 пкг/мл.

Следует указать, что отклонение уровня TNF α было обнаружено у 7 больных, при этом в 4 случаях были дренированы интрапанкреатические кисты ПЖ, а в 3 — кисты печени. Дренирование же парапанкреатических скоплений жидкости не сопровождалось существенным повышением уровня концентрации TNF α .

Таким образом, мы полагаем, что провоспалительная системная реакция имеет зависимость от расположения дренируемого патологического очага и операционной травмы рядом расположенных органов и тканей.

Ю.А. Кагаполов, В.Н. Перехода, Е.В. Осипов, А.М. Агапов, Г.В. Арнаутков

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Амурская областная клиническая больница (Благовещенск)

В Амурской областной клинической больнице с 1996 — 2004 гг. пролечено 916 больных с острым панкреатитом. Среди них 136 пациент с некротическими формами. В группе оперированных пациентов у 25 больных диагностирован жировой панкреонекроз, у 53 — геморрагический, у 58 — субтотальные и тотальные гнойно-некротические изменения поджелудочной железы.

Выраженный болевой синдром в животе, болезненность при пальпации, напряжение мышц, инфильтрат левого подреберья и эпигастральной области, высокая температура, лейкоцитоз в клиническом анализе крови и хилез при биохимическом исследовании являлись патогномоничными для панкреонекроза.

В последние годы чаще применяется лапароскопическая диагностика и лечение (75,5 %), дрени-

рование сальниковой сумки и брюшной полости. Эту тактику применяли при отечной форме панкреатита, с наличием стеатонекрозов в 27 случаях. При положительной динамике дренажи удалены на 5 — 7 сутки.

При наличии ограниченных некрозов выполняли марсупиализацию с рассечением прямой мышцы слева, дренажи подводили к очагу через винсловое отверстие в правом подреберье. В последующем перевязывали 1 раз в 3 — 5 дней. До полного отторжения секвестров.

При сформированном некрозе удаляли поджелудочную железу на уровне перешейка. Такая методика применена в 19 случаях. Дренирование сумки проводили в левом подреберье трубками и перчаточными выпускниками, ниже селезенки, справа выводили в подреберье через

винслово отверстие. Если железа была прочно фиксирована к тканям, не было четкой границы некроза, проводили сквозной (кольцевой) дренаж с выведением в указанных областях. Подведение дренажей к оментостоме проведено у 86 пациентов. В послеоперационном периоде продолжали перевязки с последующей некрсеквестрэктомией.

Показанием к декомпрессии желчного дерева являлась гипертензия желчных путей. При этом выполняли холецистостому, дренирование через

культю пузырного протока, рассечение БДС. Дренирование забрюшинного пространства проводилось внебрюшинно или комбинированно из доступа. Внебрюшинно раскрывались ограниченные поражения забрюшинной клетчатки. Доступ осуществлялся в левом подреберье по заднеподмышечной линии до 10 см.

Ранние вмешательства позволили снизить после операционный койкодень с 57–84 до 35–41 дня. При сложившейся практике стало возможным снизить летальность с 36 до 21 %.

В.Р. Корита, В.С. Кузьменко, С.В. Захаров, И.Н. Стрельцова

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск)

Инфицирование очагов некротической деструкции в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брюшной полости определяют прогноз и современные результаты лечения острого панкреатита, частота которого в среднем составляет 38 больных на 100000 населения в год. При панкреонекрозе инфицирование происходит у 40–70 % больных и летальность при этом превышает 25–30 %.

Мы поставили целью проанализировать эффективность различных дренирующих операций при остром деструктивном панкреатите.

Собственные наблюдения основаны на клиническом исследовании 126 больных с панкреонекрозом, оперированных в клинике общей и факультетской хирургии ДВГМУ за период с 1993 по 2005 г. Возраст больных — от 20 до 80 лет. Из пролеченных больных у 92 (73,02 %) был жировой панкреонекроз, у 34 (26,98 %) — геморрагический. Умерло 24 человека, из них 22 с геморрагическим панкреонекрозом. Летальность составила 19,05 %. Гнойные осложнения панкреонекроза отмечены у 32 больных (25,4 %). Среди них: флегмона забрюшинной клетчатки у 6 пациентов (18,8 %), панкреатогенный абсцесс у 16 (50 %), гнойный оментит у 5 (15,6 %).

В диагностический комплекс раннего выявления гнойных осложнений острого панкреатита помимо рутинных методов применяли сонографическое исследование поджелудочной железы, определение уровня молекул средней массы, лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу.

Для решения поставленных задач больные были разделены на 3 группы. 44 больным, вошедшим в первую группу (34,9 %), выполнено лапароскопическое вмешательство. Во вторую группу включены 52 пациента (41,3 %), которым вы-

полнена лапаротомия, закончившаяся «полуоткрытым» дренированием трубчатых дренажными конструкциями. Третью группу составили 30 больных (23,8 %) с «открытым» методом дренирования с формированием лапаростомы.

В *первой группе* у 5 пациентов (11,4 %) развились гнойные осложнения: у 3-х панкреатогенный абсцесс, у 2-х забрюшинная флегмона. У двух больных с панкреатогенным абсцессом произведена релапароскопия с удалением секвестров и редренированием салъниковой сумки. У трех больных произведена лапаротомия с формированием лапаростомы.

Во *второй группе* выявлена самая большая летальность. Умерло 19 человек (36,5 %), из них у 6 — флегмоны забрюшинной клетчатки. Одной из причин высокой летальности в этой группе являлись поздние релапаротомии, выполненные в режиме «по требованию» и недостаточно адекватное дренирование.

В *третьей группе* умерло 5 человек (16,7 %) с прогрессирующим геморрагическим панкреонекрозом. У 6 человек выполнены релапаротомии с некрсеквестрэктомией. Гнойные осложнения панкреатита в этой группе составили 26,7 % (8 человек).

Таким образом, при гнойных осложнениях инфицированного панкреонекроза наиболее эффективно «открытое» дренирование парапанкреатической клетчатки, обеспечивающее беспрепятственный доступ к гнойному очагу и выполнение адекватных некрсеквестрэктомий в программном режиме. При «полуоткрытом» методе дренирования для предупреждения осложнений необходимы обязательные программные релапаротомии, позволяющие реализовать адекватную хирургическую тактику.

А.В. Ковыршин, И.Е. Голуб, Л.В. Сорокина

АНАЛИЗ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И СВЕРХМЕДЛЕННЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Иркутский государственный университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследовать спонтанную активность головного мозга у больных оперированных по поводу окклюзионных поражений артериальных сосудов нижних конечностей и оценить данные интервалов R-R.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проведены у 40 пациентов мужского пола, оперированных по поводу атеросклеротического поражения артериальных сосудов нижних конечностей (подвздошно-бедренно-подколенные сегменты) и хронической ишемией нижних конечностей IIб – III – IV стадий по Фонтену – Покровскому, в возрасте 45 – 72 лет в условиях комбинированной спинально-эпидуральной анестезии. Регистрацию омега-потенциала (Ω -потенциал) и ЭКГ производили с помощью измерительно-диагностического комплекса «Радар-2». Один электрод устанавливали на тенаре левой кисти, другой – на область центральной точки срединной линии лба. Больные во время операции находились в состоянии медикаментозной седации с помощью препаратов бензодиазепинового ряда. Исследовали базовый Ω -потенциал и после функциональной нагрузки (два глубоких вдоха) на протяжении 7 минут записывали динамику вызванного Ω -потенциала. Необходимо отметить, что больные в анамнезе имели сопутствующую патологию разной степени выраженности и компенсации: ИБС, артериальную гипертензию, хроническую обструктивную болезнь легких, дыхательную и сердечную недостаточность. Регистрация Ω -потенциала и данные по вариабельности сердечного ритма снимали в режиме «реального времени» с выводом показателей на монитор ПК. Для оценки вегетативного статуса использовали метод математического анализа вариабельности сердечного ритма, где были проанализированы следующие показатели: Mo (мода) – показатель характеризующий активность гуморального канала регуляции; AMo (амплитуда моды) – показатель характеризующий активность симпатического канала регуляции; ΔX (вариационный размах) – показатель характеризующий активность парасимпатического канала регуляции; ИН (индекс напряжения) – показатель степени централизации регуляторных механизмов ритма сердца; σ (среднее квадратичное отклонение) – отражает суммарный эффект влияния на синусовый узел парасимпатического и симпатического отделов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе анализа данных были получены следующие результаты. Базовый Ω -потенциал находился в пределах 31 ± 6 мВт и входе течения анестезии графическое изображение соответствовало линии с колебаниями не более 2 – 3 мВт. В ответ на функциональную нагрузку получены омегаграммы в виде плавных кривых малой интенсивности. Оценивали следующие фазы омегаграмм: 1 – от 0 до 30 секунд (состояние нейрорефлекторных и вегетативных механизмов регуляции), 2 – от 30 секунд до 1,5 минут (состояние процессов тканевого дыхания), 3 – от 1,5 до 3,5 минут (состояние механизмов детоксикации), 4 – от 3,5 до 7 минут (отражение функции регуляции надпочечников). Перед операцией и наркозом у пациентов (по данным анализа R-R) отмечалось повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, что обусловлено наличием психоэмоционального напряжения и длительного болевого синдрома, что выражалось в снижении показателей моды и вариационного размаха, а увеличение индекса напряжения, амплитуды моды и среднего квадратичного отклонения о разбалансированности регуляторных механизмов.

При проведении спинально-эпидуральной анестезии отмечалось повышение функционального резерва, стабилизация механизмов регуляции сердечного ритма, снижение амплитуды моды, увеличение вариационного размаха, оптимальным уровнем бодрствования, отсутствием метаболических расстройств, нормальными показателями межсистемного взаимодействия.

После окончания оперативного лечения у больных получены данные, свидетельствующие о стабильности функционирования сердечно-сосудистой системы и адекватности реакций на действие внешних факторов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что у пациентов с атеросклеротической окклюзией артериальных сосудов нижних конечностей во время проведения оперативного лечения в условиях комбинированной спинально-эпидуральной блокады спинного мозга отмечается стабильное адекватное течение анестезии, что подтверждается данными омегаграмм и результатами вариабельности ритма сердца.

АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ: ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

*НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)*

В клинике госпитальной хирургии с 1987 по 2003 гг. выполнено 54 анатомических и расширенных анатомических резекций печени. Внутрибрюшные кровотечения отмечены нами у 12 (22,2 %) пациентов. Интра- и послеоперационные кровотечения отмечены нами из порталных ворот печени — 2 (воротная вена, печеночная артерия), кавальных ворот печени — 3 (печеночные вены и нижняя полая вена) и печеночной паренхимы по линии сечения печени — 7 случаев. Объем кровопотери был небольшим (до 500 мл) в 3 наблюдениях, средним (500 — 1000 мл) — 3 наблюдения и большим (более 1000 мл) — в 6 наблюдениях.

В целях уменьшения интраоперационной кровопотери и профилактики послеоперационных кровотечений мы разработали технологию резекции печени, включающую несколько ключевых моментов:

- 1) максимально возможная мобилизация доли печени с перевязкой коротких притоков полой вены;
- 2) временное выключение печени из кровообращения;
- 3) перевязка долевых сосудов до этапа рассечения паренхимы;
- 4) выполнение гемо- и желчестазы по линии резекции без применения грубых кетгут-овых швов.

Выполнение этих условий позволило избежать кровотечений при выполнении 12 анатомических резекций печени в последние 3 года.

Развитие тяжелой послеоперационной печеночной недостаточности наблюдали у 13 (24,07 %) пациентов. Разработку мероприятий, направленных на предупреждение и своевременную коррекцию интраоперационной гипотонии, при удалении четырех и более сегментов печени мы считаем основополагающим в системе профилактики послеоперационной печеночной недостаточности.

Эту задачу мы решали путем проведения временного интраоперационного шунтирования порталной системы печени (патент РФ № 2222270 «Способ профилактики острой печеночной недостаточности при обширной резекции печени», приоритет изобретения 25 марта 2002 г.). До выполнения основного этапа операции выделяли одну из ветвей порталной системы (как правило, желудочно-сальниковую вену) и далее яичниковую вену из системы нижней полой вены. Между указанными сосудами устанавливали пассивный атромбогенный шунт диаметром 0,5 см. После выполнения резекционного этапа операции шунт

отключали. Среди 54 пациентов индекс шунтирования менее 33 % был у 14 (25,9 %) больных, которым и было выполнено хирургическое вмешательство с применением временного портосистемного шунтирования.

Для профилактики послеоперационной печеночной недостаточности, прогностически важно отсутствие периода гипотонии во время операции. Мы провели интраоперационное мониторирование центральной гемодинамики, используя катетер Свана-Ганца у 12 пациентов во время выполнения резекций печени. Анализ полученных нами данных выявил следующие закономерности: повышение общего периферического сосудистого сопротивления и уменьшение значения сердечного индекса являются ранними показателями, быстро реагирующими на изменение объема циркулирующей крови, тогда как уменьшение систолического артериального давления происходит значительно позднее. Основная задача, которую следует решить, это поддержание основных показателей: общего периферического сосудистого сопротивления и сердечного индекса на исходных показателях в течение короткого промежутка времени (4 — 18 мин.) от этапа выключения печени из кровообращения до момента удаления препарата, не допуская периода гипотонии. Интраоперационных эпизодов гипотонии при лечении пациентов этой группы не было.

Осложнений в виде тяжелой печеночной недостаточности и летальности у пациентов с применением временного порто-кавального шунтирования и мониторирования центральной гемодинамики с применением катетера Свана-Ганца не наблюдалось.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. Строгое соблюдение разработанной технологии резекции печени позволяет предотвратить развитие интра- и послеоперационных кровотечений.

2. Проведение временного интраоперационного шунтирования порталной системы печени при неадаптированном типе порталного кровотока, позволяет уменьшить частоту развития послеоперационной печеночной недостаточности.

3. Поддержание общего периферического сосудистого сопротивления и сердечного индекса на исходных показателях позволяет предотвратить возникновение интраоперационных эпизодов гипотонии, уменьшая вероятность развития послеоперационной печеночной недостаточности.

С.Б. Кравец, В.В. Яновой, А.А. Григоренко, О.Р. Беляев

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИУЛЬЦЕРОЗНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ ПРИ ГИГАНТСКИХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА

Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)

Проблемы лечения осложненных форм язвенной болезни занимают лидирующие позиции в хирургической гастроэнтерологии. Одним из многих вопросов является профилактика развития послеоперационных осложнений, возникновение которых во многом связано с периульцерозным воспалением, сопровождающим язвенные дефекты больших размеров.

Целью работы было изучить возможности использования селективных нестероидных противовоспалительных препаратов при гигантских язвах желудка для уменьшения периульцерозных воспалительных изменений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе кафедры госпитальной хирургии Амурской государственной медицинской академии совместно с кафедрой хирургических болезней ветеринарного факультета Дальневосточного государственного аграрного университета была проведена работа по моделированию хронической язвы желудка у собак (24 животных) с последующим применением селективного нестероидного противовоспалительного препарата «мовалис» для уменьшения воспаления на фоне стандартной проводимой противоязвенной терапии. Животные были разделены на две группы по 12 особей: получавшие «мовалис» и контрольную. В зависимости от длительности эксперимента — 14, 15, 16 и 17 суток — каждая группа была разбита на 4 подгруппы. Модель хронической язвы желудка создавалась методом диатермокоагуляции через фиброгастроуденоскоп. Хронизация язвы достигалась введением винкристина из расчета 0,01 мг/кг. «Мовалис» применялся из расчета

0,21 мг/кг массы тела в течение 5, 6, 7 и 8 суток. Результаты оценивали на основании клинических, гематологических, эндоскопических и морфологических данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Гистологически и макроскопически периульцерозный инфильтрат у собак с экспериментально вызванной хронической язвой желудка с 8 по 17 сутки характеризовался увеличением размеров и инфильтрацией собственной пластинки и эпителия. Гематологические показатели до приема «мовалиса» выражались в повышении скорости оседания эритроцитов, нормохромной анемии, лейкоцитозе. При применении «мовалиса» отмечено достоверное уменьшение размеров периульцерозного инфильтрата и снижение полиморфно-ядерной и мононуклеарной инфильтрации собственной пластинки и эпителия периульцерозной зоны, нормализация показателей крови. Макроскопические и гистологические изменения слизистой оболочки желудка вне язвы и периульцерозной зоны не обнаружены. На экспериментальной модели хронической язвы установлено, что оптимальный срок применения «мовалиса» с целью уменьшения воспаления является пять-семь дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, экспериментально проведенное исследование позволяет утверждать о правомочности применения селективных нестероидных противовоспалительных препаратов для купирования воспалительных явлений, сопровождающих гигантские язвы желудка.

Т.В. Кузина, В.Ю. Погребняков

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ САКРОИЛЕИТА

Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Известна высокая эффективность использования рентгенотерапии при воспалительных заболеваниях костей и суставов, но указаний на применение лучевой терапии при гнойных сакроилеитах в доступной литературе не обнаружено. С этой целью нами апробировано лечение гнойного сак-

роилеита с комплексным применением дистанционной рентгенотерапии и малоинвазивных пункционно-дренирующих вмешательств. Лечение проводили у четырех больных с острой формой и у пяти больных с хроническим течением в период обострения заболевания. Во всех случаях ранее

проводимые лечебные мероприятия, в том числе оперативное лечение у двух пациентов, были неэффективны.

Дистанционная рентгенотерапия на область пораженного крестцово-подвздошного сустава проводилась с крестцово-ягодичного поля. Сеансовая очаговая доза составляла 0,4 Гр, суммарная доза в очаге — 2–3 Гр. Наряду с рентгенотерапией и интенсивной медикаментозной терапией проводили местное лечение сакроилеита, которое включало введение антисептических растворов, антибиотиков и анальгетиков. Местную терапию проводили через пункционно установленные в области крестцово-подвздошных сочленений микродренажи или применяли многократные при-

цельные чрескожные пункции под рентгенологическим контролем. Во всех случаях достигли ликвидации основных клинических проявлений заболевания в сроки от двух до четырех недель. При последующем наблюдении в течение более одного года обострений заболевания не было. В одном случае потребовалось дополнительное плановое оперативное лечение в связи с наличием костного секвестра.

Таким образом, комплексное применение дистанционной рентгенотерапии с малоинвазивными хирургическими вмешательствами позволяет, по нашим наблюдениям, добиться излечения гнойного сакроилеита в большинстве случаев.

С.М. Кузнецов, Е.С. Нетесин, А.В. Щербатых, И.Е. Голуб

НОВЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Внедрить разработанный метод оценки степени тяжести кровопотери в клиническую практику при профузных желудочно-кишечных и других кровотечениях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировав предложенные методы и методики определения степени тяжести кровопотери, мы выбрали основные их характеризующие параметры и разработали свой способ расчета. Используя основные клиничко-лабораторные показатели (АДс, ЧСС, ЧД и концентрация гемоглобина) нами был предложен интегральный критерий оценки степени тяжести состояния у больных с кровотечениями:

$$\frac{\text{АДс} \times \text{Нв}}{\text{ЧСС} \times \text{ЧД}}$$

где: АДс — артериальное давление систолическое (мм рт. ст.);

ЧСС — частота сердечных сокращений (в мин.);

ЧД — число дыханий (в мин.);

Нв — концентрация гемоглобина (г/л).

Достоверность интегрального критерия оценивали путем сравнения показателей степени тяжести кровопотери предложенного метода с табличными критериями (Курыгин А.А., Скрябин О.Н., 1998), в бальной оценке по шкале ВПХ-СП (Гуманенко Е.К. и соавт., 1996), со значениями «шокового индекса» (Allgover M.,

Burri С., 1967) с рекомендациями П.Г. Брюсова (1997).

Сравнение методик проводили на двух группах пациентов. В первую группу (n = 34) вошли пациенты с тупой травмой живота, сопровождающейся повреждением органов брюшной полости и кровотечением. Во вторую группу (n = 99) вошли больные с профузным желудочно-кишечным кровотечением различной этиологии. Первую группу составили 32 мужчины, 2 женщины, вторую соответственно — 67 и 32. Средний возраст в первой группе составил $22,5 \pm 7,9$, во второй $46,1 \pm 11,6$ года. Группы подобраны с учетом репрезентативности, для увеличения объективности в интерпретации клинических данных и оценки степени тяжести. Кроме того для объективизации оценки полученных результатов, были рассчитаны средние значения модулей коэффициента корреляции для каждого способа. Наиболее высокий показатель получен при предложенном способе [Rs] = $0,632 \pm 0,231$, при табличном критерии — $0,548 \pm 0,180$, по шкале ВПХ-СП — $0,524 \pm 0,188$ и по ШИ — $0,521 \pm 0,217$.

ВЫВОДЫ

В оценке степени тяжести кровопотери предложенный способ имеет более достоверные показатели по сравнению с имеющимися способами и может быть рекомендован для применения в клинической практике.

Л.К. Куликов, А.А. Смирнов, С.В. Шалашов, М.А. Козулин, И.П. Зайчук

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ИСХОДА ТЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)
Дорожная клиническая больница (Иркутск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить прогностическую значимость периферической компьютерной электрогастроэнтерографии (ПК ЭГЭГ) при РГП.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Случай-контроль.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Определить суммарную электрическую активность ЖКТ при ПК ЭГЭГ у больных с различной степенью тяжести РГП.

2. Выявить зависимость между электрической активностью и исходом РГП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включен 21 больной с диагностированным РГП. Средний возраст составил $43 \pm 2,3$ года. Мужчин было 12 человек, женщин — 9. Оценочным критерием тяжести пареза ЖКТ считали суммарную электрическую активность ($\Sigma_{эл}$), регистрируемую при помощи ПК ЭГЭГ, как при поступлении пациентов, так и в раннем послеоперационном периоде (24, 48 и 72 часа). Данные представлены в виде медианы. Достоверность различий между показателями определяли по критерию хи-квадрат.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Больные были распределены на три группы с учетом степени тяжести течения распространенного гнойного перитонита, который рассчитывали, используя индекс Манхаймера. Больных с первой степенью тяжести течения РГП было 6 человек, со второй степенью тяжести — 9 и с третьей степенью тяжести — 6 пациентов. Количество этапных санаци-

онных вмешательств на брюшной полости было одинаковым во всех группах. В результате проведенного исследования установлено, что $\Sigma_{эл}$ при поступлении в первой группе составила 16,74 мВ, во второй группе — 27,71 мВ, а в третьей группе — 456,51 мВ. Через 24 часа после первичной операции $\Sigma_{эл}$ в первой группе оказалась равной 125 мВ, во второй группе — 15,19 мВ, а в третьей — 44864,25 мВ. Через 48 часов после выполнения первичной операции $\Sigma_{эл}$ в первой группе была равной 74,88 мВ, во второй группе — 152,19 мВ, а в третьей группе — 2232,24 мВ. Через 72 часа после первичной операции $\Sigma_{эл}$ в первой группе составила 98,24 мВ, во второй группе — 16,47 мВ, а в третьей группе — 10,56 мВ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При анализе полученных данных установлено, что в группе больных со второй и третьей степенью тяжести распространенного гнойного перитонита отмечено статистически значимое снижение суммарной электрической активности за период 48 — 72 часа $p_c < 0,05$. При этом интенсивность снижения более выражена в группе больных с крайне тяжелым течением распространенного гнойного перитонита. Отмечено, что статистически значимое снижение суммарной электрической активности желудочно-кишечного тракта было у 50 % больных за период 24 — 48 часов $p_c < 0,05$ и у 100 % за период 48 — 72 часа $p_c < 0,01$. В данной группе больных наблюдается наибольшая летальность, достигающая 100 %. Определение суммарной электрической активности при помощи периферической компьютерной электрогастроэнтерографии, может применяться как способ диагностики и прогнозирования исхода течения у больных с распространенным гнойным перитонитом.

Л.К. Куликов, Ю.А. Привалов, И.П. Зайчук, А.А. Смирнов, О.А. Найманова, Д.А. Творогов,
Р.В. Олексевич

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)
Дорожная клиническая больница (Иркутск)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить результаты комплексного лечения распространенного гнойного перитонита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 103 больных с распространенным гнойным

перитонитом (РГП), находившихся на лечении в клинике хирургии ГУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей, на базе Дорожной клинической больницы, с 2000 по 2004 гг. Все больные были распределены на две относительно репрезентативные группы. Первая группа — 61 больной с РГП, без проявлений абдоминального сепсиса (АС) и вторая группа — 42 больных с РГП, с изначально зарегистрированным абдоминальным сепсисом (АС). Средний возраст больных составил $44,1 \pm 3,5$ года. В обеих группах была реализована единая хирургическая технология, заключающаяся в первичном радикальном удалении источника интраабдоминальной инфекции и последующей хирургической дезинтоксикацией, посредством способа «этапных санаций». Все больные получали селективную трансортальную антибиотикотерапию, различные способы медикаментозной дезинтоксикации. У каждого больного рассчитывали индекс перитонита Манхаймера (ИПМ) и его динамику в течение первых 48 часов, оценивали эффективность выполненной назоинтестинальной интубации (НИИ). Моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта, на протяжении всего периода лечения, изучали методом периферической полигастроэнтерографии (ППГЭГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Статистическая обработка материала свидетельствует о том, что невзирая на стандартизированный комплексный подход в лечении больных обеих групп, у больных с РГП, протекающего с абдоминальным сепсисом во временном критерии 24 — 48 часов, ИПМ достоверно удваивался, по сравнению с исходным показателем. Клинически этот факт соответствовал тяжелому течению РГП. У всех больных отмечено нарушение какой-либо системы жизнеобеспечения,

и прежде всего, в проявлениях печеночной, почечной и энтеральной недостаточности, а в ряде случаев и их комбинации. Кроме того, установлено, что энтеральная недостаточность различной степени тяжести зарегистрирована у всех оперированных больных уже в течение первых 24 часов от момента первичной операции. Необходимо отметить, что у 14 (13,6 %) больных НИИ вообще не была выполнена при первичном хирургическом вмешательстве, в силу исходного крайне тяжелого состояния больных, а еще у 8 (7,8 %) выполненная НИИ была неэффективна, из-за различных как интраоперационных, так и послеоперационных технических погрешностей. Интраоперационные технические погрешности при выполнении НИИ у трех (7,1 %) больных потребовали дополнительной срочной релапаротомии, по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Установлена прямая зависимость между количеством кишечного отделяемого через НИИ и степенью тяжести РГП, протекающего с абдоминальным сепсисом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на единую хирургическую тактику, способы ее осуществления, комплексное и разнонаправленное лекарственное адекватное лечение, течение РГП, осложненного абдоминальным сепсисом, протекает с достоверно большим количеством осложнений. Летальность этой категории больных составила 35,7 %. Доказано, что моторно-эвакуаторные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — самый первый и грозный признак, развивающейся полиорганной недостаточности. Установлено, что применение ППГЭГ позволяет в более ранние сроки оценить изменения метаболических (энергетических) функций ЖКТ, с последующей реализацией конкретной лекарственной поддержки.

П.Г. Курдюкова, Б.В. Заиграев, М.П. Кисельников, Р.С. Ширеторова, Н.В. Попова

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Республиканский центр колопроктологии (Улан-Удэ)

Острый парапроктит составляет от 20 до 40 % всех заболеваний прямой и ободочной кишки (Коплатадзе А.М. с соавт., 1992; Жуков Б.Н. с соавт., 2001; Гайнутдинов Ф.М. с соавт., 2005). Диагностика и лечение острого парапроктита остаются сложной проблемой в проктологии.

В республиканском центре колопроктологии за период с 2000 по 2004 г. получали стационарное лечение 682 (14 %) пациента с острым парапроктитом. Проведено 9295 койко-дней, средний койко-день составил 13,6. Распределение больных по формам парапроктита представлено в таблице 1.

Тяжелые формы острого парапроктита — седлишно-прямокишечные и тазово-прямокишечные,

представляют сложную проблему не только для проктологов, но и для гинекологов, онкологов и урологов. При высоком парапроктите гнойный процесс расположен выше леваторов и при пальцевом исследовании не всегда достижим. Местные симптомы со стороны промежности появляются позднее. Вначале на первом плане наблюдаются общие симптомы (высокая температура, озноб, боли в суставах, локализованные боли внизу живота, дизурические явления, боли при акте дефекации, при половом акте, расстройства стула, боли в поясничной области). В связи с этим больные начинали лечиться у терапевта, уролога или гинеколога. Мы наблюдали 11 пациенток, которые длительно лечились у гинеколо-

Распределение больных по формам парапроктита

Виды парапроктитов	Количество больных	%	Койко-день
Подкожно-подслизистый	376	55,1	3168
Ишиоректальный	224	32,8	3670
Пельвиоректальный	43	6,4	178
Подковообразный	20	2,9	336
Анаэробный	7	1,0	67
Ректовагинальной перегородки	4	0,6	78
Болезнь Фурнье	8	1,2	150
Всего	682	100	9295

га по поводу воспаления придатков матки. Отмечалось временное улучшение. Консультация проктолога: внешних изменений в параректальной области не выявлено, но при ректальном обследовании определялась сглаженность стенки прямой кишки, выбухание и инфильтрат, с трудом достижимый пальцем. Для уточнения диагноза под в/в наркозом мы делали пункцию образования под контролем пальца, введенного в прямую кишку. При получении гноя производили вскрытие и дренирование.

Из 110 мужчин с пельвиоректальным и ишиоректальным парапроктитом 30 обратились первоначально к урологу, им проводилось лечение острого простатита. При проведении противовоспалительного лечения наступило временное улучшение общего состояния, уменьшались боли, снизилась температура тела. Но в дальнейшем при распространении гноя по межмышечным пространствам, появлялись местные симптомы — боли в области прямой кишки, болезненный стул, слизь в кале, при прорыве гноя в просвет кишки — обильное гнойное отделяемое из кишки. При пальцевом обследовании, которое мы проводили под внутривенным наркозом из-за болевого синдрома, определялось выбухание стенки прямой кишки, слизистая над ним без складок, гладкая, горячая на ощупь, верхний полюс об-

разования обычно не достижим. Аноскопия и ректороманоскопия в таких случаях нами не проводится из-за опасности прорыва гноя и выраженного болевого синдрома. При всей этой картине высокого парапроктита местных воспалительных изменений в области промежности у всех 30 больных не было отмечено, что и затруднило диагностику. Для уточнения диагноза под внутривенным наркозом делали чрескожную пункцию гноя под контролем пальца, введенного в прямую кишку. При получении гнойного отделяемого, проводили вскрытие широким полукруглым разрезом, расширяли все карманы и затеки. Таким образом, высокие парапроктиты у женщин не редко диагностируются как тубоовариальные воспалительные образования, при этом для дифференциальной диагностики необходима консультация проктолога

Высокие пельвиоректальные и ишиоректальные парапроктиты у мужчин могут в начале заболевания протекать под маской острого простатита. В таких случаях обязательно должна быть настороженность урологов в плане выявления острого парапроктита высокого уровня, консультация проктолога, осмотр прямой кишки и чрескожная пункция инфильтрата под наркозом в условиях стационара.

А.Д. Ли, Р.С. Баширов, А.В. Штейнле

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Военно-медицинский институт (Томск)

Среди разнообразных переломов пяточной кости по клинической значимости центральное место занимают компрессионные переломы. Традиционные методы лечения не всегда обеспечивают выздоровление пациента и часто ведут к инвалидности. Поэтому целью нашего исследования явилась разработка и внедрение в клиническую практику лечения переломов пяточной кости ме-

тодом чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 36 пациентов с переломами пяточной кости. Механизм травмы пяточной кости — падение с высоты с приземлением на область пяточной кости. Поэтому нередки и

двусторонние переломы. Клиническая картина проявлялась достаточно ярко — изменение конфигурации стопы за счет потери продольного свода, выраженная отечность, контуры ахиллова сухожилия сглажены. На рентгенограммах в боковой проекции определялось исчезновение заднего суставного угла (угол Беллера), который образуется пересечением двух линий, проходящих через три точки пяточной кости: пяточный бугор, задний суставной край и передний мыс. Образовавшийся угол составляет 25—40°. При компрессии пяточной кости этот угол резко уменьшался вплоть до нуля или отрицательного знака. Необходимо было произвести и аксиальный рентгеновский снимок для уточнения смещения отломков во второй плоскости — в сторону валгуса или варуса. Чаще смещение происходило в варусную сторону. При проведении спицы через пяточную кость этот симптом обязательно принимался во внимание.

Выбор обезболивания по показаниям. Конечность укладывали на специальную подставку для голени из деталей аппарата чрескостного остеосинтеза. Обработка операционного поля была обычная. На границе средней трети проводили одну спицу через обе кости во фронтальной плоскости. В дистальном метафизарном отделе проводили две спицы перекрестно. Спицы фиксировали на двух кольцевых опорах с натяжением. Кольца соединяются стяжными стержнями. Таким образом, создавали базовую опору. Далее необходимо было произвести ручную репозицию отломков. При компрессионном переломе пяточной кости увеличивается поперечный размер за счет оседания спонгиозной ткани в вертикальном направлении. Задача сводится к уменьшению поперечного смещения отломков. Технически это производили следующим образом: конечность сгибается в коленном суставе максимально. Хирург становится в каудальном направлении, двумя руками обхватывает стопу и тенарными отделами кисти с переплетенными пальцами со стороны подошвы сдавливает боковые поверхности пятки многократно и ритмично. Под руками можно ощущать хруст репозируемых костных отломков. Нога устанавливается в прежнее положение на подставке, и проводится спица через бугорковую часть пяточной кости. По боковой рентгенограмме следует выбрать наиболее целостный участок кости для проведения спицы. Спица проводится во фронтальной

плоскости, но с учетом смещения отломков аксиальной проекции, т.е. перпендикулярно смещенной оси пятки. Концы спиц фиксировали с натяжением на удлинённом полукольце с обращением сферы дуги к тылу или на дуге, специально изготовленной для этой цели (в комплекте деталей аппарата для операции на пятке лучше иметь специальную дугу, по радиусу соответствующую с используемым кольцевым опорам). Полукольцо соединяли с базовой опорой через пластинчатую приставку, систему кронштейнов и стержень со сплошной нарезкой. Закручиванием гаек развивали дистракционное усилие в направлении вектора, обратного смещению отломков, который проходит посередине между вертикальной и горизонтальной осями стопы. Таким образом, дуга приобретала наклонную позицию, примерно под углом 40—45°, относительно плоскости кольцевых опор. Тут же на операционном столе можно было отметить восстановление формы стопы — продольного свода, контуров ахиллова сухожилия. Производилась контрольная рентгенография. При необходимости дистракцию усиливали. Со 2-го дня после операции пациент становится на костыли. Осуществлялась ходьба с постепенным усилением нагрузки на конечность. Срок иммобилизации был 6—8 недель в зависимости от количества повреждений пяточной кости. После снятия аппарата больному необходимо было наложить гипсовую туфельку с хорошим моделированием свода стопы, носить которую следовало до исполнения заказа обуви с супинатором. При значительных раздробленных повреждениях суставных фасеток пяточной кости, несмотря на восстановление общей ее формы, в последующем иногда были жалобы на боли в стопе при ходьбе. В таких случаях мы проводили больному операцию открытого подтаранного компрессионного артродеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Во всех 36 случаях получены хорошие и отличные ближайшие и отдаленные результаты лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все вышеописанное позволяет нам рекомендовать широкое внедрение метода чрескостного остеосинтеза в лечении компрессионных переломов пяточной кости.

А.В. Лупсанов, А.В. Щербатых, А.А. Агрызков, Л.П. Балдынов, П.Д. Метревели

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала альтернативным методом лечения боль-

ных с калькулезным холециститом. Среди diskutabelных вопросов остаются: большая час-

тота повреждения внепеченочных желчных протоков, возможности выполнения ЛХЭ у больных острым калькулезным холециститом и спаечным процессом брюшной полости, а также у лиц с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Цель: провести анализ результатов применения ЛХЭ при калькулезном холецистите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2002 – 2004 гг. в факультетской хирургической клинике лапароскопическая холецистэктомия выполнена 974 пациентам. Женщины было 866 (88,9 %), мужчин – 108 (11,1 %). Возраст больных колебался в пределах 24 – 75 лет, при этом пациенты 60 лет и старше составили 21,1 % (206 человек). У 896 (91,9 %) больных операция выполнена по поводу хронического калькулезного холецистита, у 78 (8,1 %) – острого калькулезного холецистита. Наличие операций на органах брюшной полости и малого таза в анамнезе отмечено у 180 (18,4 %) пациентов. Сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы имела место у 546 (56,1 %) больных. Противопоказанием к выполнению лапароскопической холецистэктомии считаем: механическую желтуху в анамнезе и на момент операции, диагностированный холедохолитиаз, другие заболевания, требующие вмешательства на внепеченочных желчных протоках, и перенесенные ранее хирургические вмешательства на органах верхнего этажа брюшной полости.

Операции проводились под общим обезболиванием, причем у 282 (28,9 %) больных интубация трахеи заменена постановкой ларингеальной маски, что наряду с обеспечением адекватного газообмена не оказывало существенных влияний на гемодинамические показатели.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагноз во время операции подтвержден во всех случаях. У 432 (44,3 %) больных отмечали наличие более или менее выраженного спаечного процесса в брюшной полости; у 54 (5,5 %) – рыхлый перивезикальный инфильтрат, у 18 (1,8 %) – тотальный спаечный процесс в брюшной полости. Перечисленное создавало определенные технические трудности, однако не послужило противопоказанием к выполнению ЛХЭ. Повреждений внепеченочных желчных протоков не наблюдали, хотя у 72 (7,3 %) больных отмечали различные варианты строения внепеченочных желчных протоков. В двух случаях (0,2 %) наблюдали перфорацию желчного пузыря с выпадением конкрементов в брюшную полость, последние удалены эндоскопически при помощи эндоконтейнера. Повторных вмешательств не потребовалось. Переход на лапаротомный доступ был произведен у 8 (0,8 %) больных. Показанием послужили: массивный рубцово-воспалительный инфильтрат в области гепатодуоденальной связки и полное внутрипеченочное расположение желчного пузыря. Операции заканчивали введением раствора анемкаина 0,5% – 20,0 в круглую связку печени и инфильтрацией мягких тканей передней брюшной стенки в области раны. Это позволило исключить применение наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде у 50 % пациентов.

Послеоперационных осложнений и развития декомпенсации сердечно-сосудистой патологии не наблюдали.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопическая холецистэктомия является основным способом лечения больных калькулезным холециститом и позволяет значительно расширить возможности хирургии у пациентов не толерантных к «открытой» операции.

З. Лхагвасурэн, Н. Баасанжав, Б. Гоош

ТРАНСАРТЕРИАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ РАКОВЫХ УЗЛОВ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЕЕ СПЛЕНОМЕГАЛИИ

*Научно-исследовательский институт медицины Монголии (Улан-Батор)
Монгольская государственная Академия здоровья (Улан-Батор)*

Рак печени является одним из самых распространенных видов злокачественных новообразований, который ежегодно уносит около миллиона человеческих жизней и около 315 тысяч человек подвергаются опасности заболевания (Radionuclide treatment of liver cancer coordinated meeting Singapore Dec. 2000). Средний показатель заболеваемости раком печени у населения Монголии составляет 39,2 % случаев, при этом одним из ведущих факторов его возникновения является цирроз печени.

Известно, что первичный рак печени составляет 38 % среди всех видов онкологических заболеваний и занимает первое место в их структуре. Летальность по поводу рака печени составляет около 40 % в структуре летальных исходов раковых заболеваний в Монголии (Сандуйжав Р., 1998). Первичный рак печени у больных с циррозом печени зарегистрирован у 80 % больных, а у 90 % госпитализированных невозможно было проводить эффективное лечение. Лишь у

5,3–6 % таких больных было осуществлено хирургическое лечение (Сандуйжав Р. с соавт. 1998). Несмотря на то, что существуют современные эффективные методы диагностики и лечения, такие как лазерные, этанольные и даже трансплантация печени, они не решают полностью проблемы в связи с поздней диагностикой и невозможностью хирургического вмешательства более чем у 10 % всех больных (Vamado R., Sato M., 1983; Utiacker R., Mark H., Wholey, 1991; Ben Menachem, Hendel U., 1997).

В медицинской практике Монголии с 1994 г. применяется опухолевая трансартериальная эмболизация (ТАЭ) сосудов печени при первичном его раке и эмболизация селезеночных сосудов при гиперспленизме. Проведение ТАЭ при спленомегалии, возникшей на фоне цирроза печени, при невозможности выполнить операции, уменьшает явление гиперспленизма, предоставляет благоприятные условия для проведения операции.

В 1995–2003 гг. в кабинете ангиографии Научно-исследовательского института медицины им. академика Т. Шагдарсурэнэ и в Центральной клинической больнице им. П.Н. Шастина на аппарате HD-1520ТМ фирмы «Hitachi» и Polycliagnost-2, digital subtraction фирмы «Philips»

было обследовано 26 больных со спленомегалией и 401 больной раком печени. Этим больным были проведены целиакоангиография, селективное ангиографическое диагностирование и ТАЭ сосудов, при этом ход исследования документирован видеозаписью.

Общее количество больных, получивших ТАЭ в 1995–2003 гг. представлено на рис. 1.

Таким образом, у 401 больного первичным раком печени было проведено лечение путем эмболизации питающих сосудов опухоли. При этом среди пациентов были 265 мужчин (66,1 ± 2,4 %), 136 женщин (33,9 ± 2,4 %).

Из табл. 1 видно, что у человека в возрасте от 50 до 59 лет ($p < 0,001$) существует большая вероятность развития рака печени. Это подтверждается данными таких исследователей, как Б. Доржготов (1995), М. Шагдарсурэн (2002).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗВЕТВЛЕНИЯ ЧРЕВНОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ ЦЕЛИАКОАНГИОГРАФИИ

При изучении анатомических структур сосудов и кровоснабжения печени путем проведения ЦАГ у 74 (58,3 %) больных и результатов селективной ангиографии печени у 53 (41,7 %), в большинстве случаев (109 больных – 75,7 %) выявлена нормальная структура. Аномальное разветвление

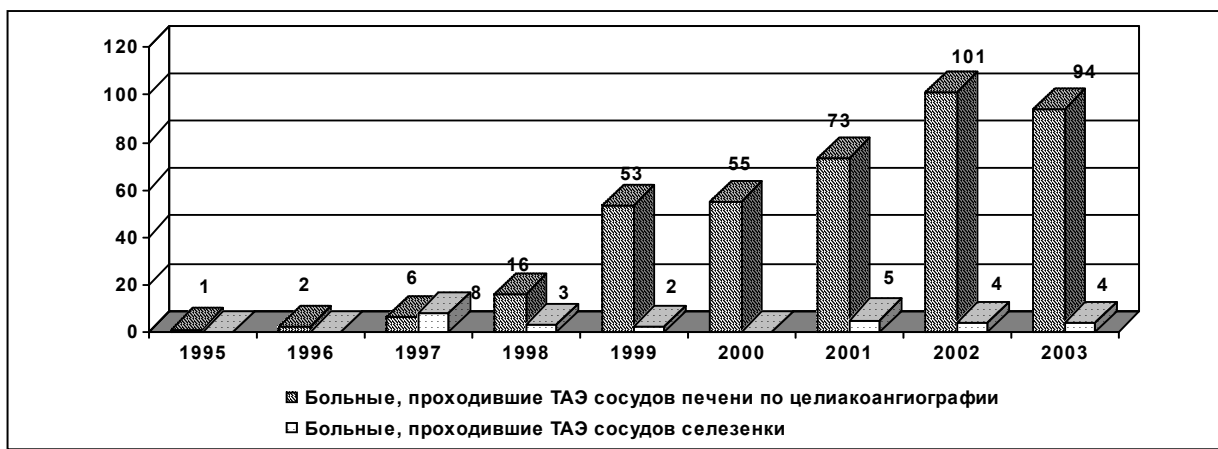


Рис. 1. Общее количество больных, получивших ТАЭ в 1995–2003 гг.

Таблица 1
Возраст и пол больных с первичным раком печени, проходивших лечение эмболизацией сосудов печени

Возраст	Мужчины			Женщины			Всего		
	n	%	$M \pm m$	n	%	$M \pm m$	n	%	$M \pm m$
20–29	4	1,5	0,7	5	3,7	1,6	9	2,2	0,7
30–39	18	6,8	0,6	12	8,8	2,4	30	7,5	1,3
40–49	42	15,9	2,2	15	11,0	2,7	57	14,2	1,7
50–59	166	62,6	2,9	62	45,6	4,3	228	56,9	2,5
60–69	23	8,7	1,7	31	22,8	3,6	54	13,5	1,7
70–79	12	4,5	1,3	11	8,1	2,3	23	5,7	1,2
Всего	265	100		136	100		401	100	

трупкулярного ствола аорты у выявлено у 18 (24,3 %) больных.

В наших исследованиях местом ответвления чревного ствола аорты у 87 (52,8 ± 3 %) больных было на уровне Th₁₂; у 24 (29,1 ± 2,7 %) — на уровне L₁; у 16 (18,1 ± 2,4 %) — на уровне Th₁₂ — L₁ позвонков. Х.Д. Кушив (1966), А.А. Кудинев (1967) считают такое разветвление нормальным, что соответствует нашим данным.

АНГИОСЕМИОТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАКА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Из обследованных больных (401 пациент) в 78 (19,4 %) случаях определяли цирроз печени «А», у 319 (79,5 %) — тип «В», в 4 (1 %) наблюдениях — «С», по классификации Чайлда.

Формы рака печени 401 обследованного нами больного:

- 1) рак печени, узловой формы — у 285 (64,3 %) больных;
 - 2) распространенные, диффузные формы рака — у 76 (18,9 %) пациентов;
 - 3) смешанные, многоочаговые и другие формы рака были у 67 (16,7 %) обследованных.
- Как ангиографические семиотики определены:
- гиперваскуляризация области опухолевого узла: в 285 наблюдений при опухолях размером меньше 5 см, которые были расположены в I — IV, V, VII и VIII сегментах печени;
 - сжатие и наклонение основного ствола артерии опухолевой зоны встретились при большом размере опухоли у 143 (35,6 %) больных. Обход сосуда опухоли малого размера встретился у одного больного;
 - ампутация и отрыв сосуда отмечены у 71,6 % обследованных;
 - при опухолях размером больше 7 см у 52,7 % больных на ангиограмме отмечено накопление контрастного масляного раствора липиодола в центре опухоли в виде «пруда» (73,2 %).

Этот рентгенологический признак позволяет контролировать динамику изменения патологического очага при сочетании эмболизирующих материалов с химиотатическими препаратами. Исследователи Kamot, Nemator, H. Ohishi, H. Uchida считают, что этот метод дает наиболее удовлетворительные результаты в лечении рака печени.

АНГИОСЕМИОТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ СПЛЕНОМЕГАЛИИ

У 26 больных спленомегалия, возникшая на фоне цирроза печени, характеризовалась расширением артерии селезенки и гиперваскуляризацией. При этом зарегистрировано расширение и множественное разветвление сосудов воротной вены, увеличение размеров селезенки в венозной фазе и наряду с этим выявлены признаки сужения главных сосудов печени при ЦАГ-обследовании (табл. 2).

Таблица 2
Размеры опухолей печени больных раком печени

Размеры опухоли (см)	n	%	M±m
1,0–2,0	2,9	12	0,8
2,1–3,0	31	7,7	1,3
3,1–4,0	34	8,5	1,4
4,1–5,0	57	14,2	1,7
5,1–6,0	69	17,2	1,9
6,1–7,0	55	13,7	1,7
7,1–8,0	42	10,5	1,7
8,1–9,0	34	8,5	1,4
9,1–10,0	38	9,5	1,5
10,1–11,0	29	7,2	1,3
Всего	401	100	

У 6 (13,9 %) больных из 43 (10,6 ± 2,1 %), имеющих опухоли с размером от 1,0 до 3,0 см, они не были выявлены при ультразвуковом и КТГ обследовании. ЦАГ позволила выявить раковые очаги еще более меньшего размера (1 — 2 см). При ТАЕ, когда внутриаартериально вначале вводили в очаг опухолей печени химические цитостатические средства (10 — 20 мл масляного раствора липиодола), и затем доксирубицин, затем эмболизировали сосуды (материалами спонжель, тефлон велюр), у 91 (22,7 %) больного с размером опухоли 3,1 — 5,1 см получили положительные результаты. Опухолевой очаг после ТАЭ кальцифицировался и покрывался обложкой, что определялось на рентгеноскопии и УЗИ. У 1/3 больных для улучшения результатов эмболизации проводили повторную эмболизацию опухоли. Эмболизацию в очаге опухоли более большего размера (размером в 5,1 — 7,0 см) проводили у 124 (31 %) больных. При этом вначале образовывалось депо контраста очага опухоли, затем оно постепенно уплотнялось, кальцифицировалось. По данным нашего исследования, раковые узлы печени у 250 (62,4 %) больных локализовались в правой доле печени со статистической достоверностью ($p < 0,001$) (табл. 3).

Опухоли, расположенные в двух сегментах левой доли, встречались у 60 больных и, в том числе, в I — IV сегментах у 31 (51,7 %) больного, опухоли размером 5,1 — 7,0 см были у 23 (74,1 ± 1,1 %) пациентов. У этих больных результаты лечения были невысоки. Больные после эмболизации жили всего от 6 месяцев до одного года. Опухоли, расположенные в правой доле, размером (9,0 — 11,0 см) зарегистрировали у 22 больных, из них после эмболизации опухоли — у 17 (77,3 %) больных, охватывающей VI, VII и VIII сегменты правой доли печени, больные жили 2 — 3 года (рис. 2).

Из рисунка 2 видно, что 80,3 % больных, проходивших эмболизацию сосудов печени, продолжали жить от 6 месяцев до 5 лет, в среднем 1,7 лет. По данным Японского онкологического института (Niederau C. et al., 1998; Sakai, 2002) продолжи-

Таблица 3

Сравнительные показатели размеров и места расположения опухоли у обследованных больных

Место расположения опухоли		Размеры опухоли					%	M ± m
		1,0–3,0 см	3,1–5,0 см	5,1–7,0 см	7,1–9,0 см	> 9,0 см		
		n = 43	n = 91	n = 124	n = 76	n = 67		
Правая доля	в 1-м сегменте (n = 139)	31	15	38	47	8	34,7 %	2,4
	во 2-м сегменте (n = 89)		10	41	21	17	22,2 %	4,3
	в 3-м сегменте (n = 22)				6	16	5,5 %	1,1
Левая доля	в 1-м сегменте (n = 65)	12	39	14			16,2 %	1,8
	во 2-м сегменте (n = 60)		27	31	2		15,0 %	1,7
На 2 долях (n = 7)						7	1,8 %	0,4
Метастазы внутри печени (n = 19)						19	4,6 %	1,0
Всего (n = 401)							100%	

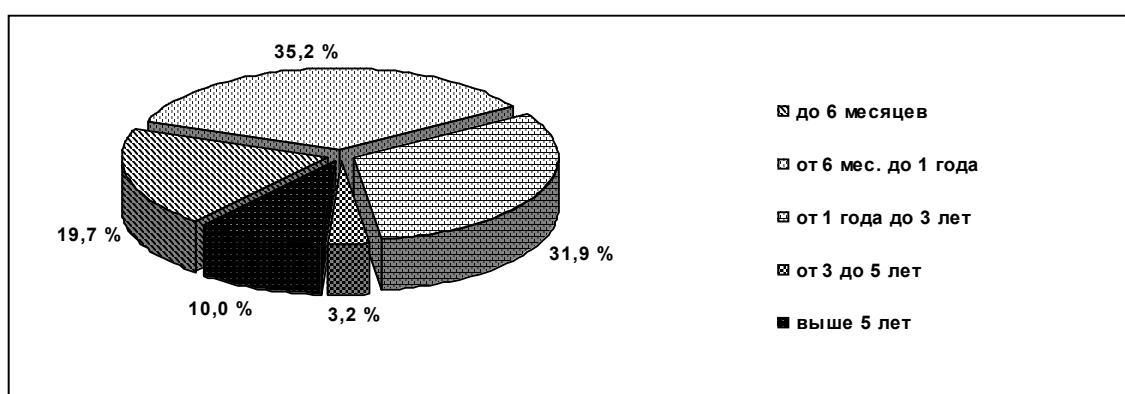


Рис. 2. Продолжительность жизни больных после эмболизации сосудов опухолей печени.

тельность жизни больных после эмболизации опухолей печени составляет от одного до трех лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ СОСУДОВ СЕЛЕЗЕНКИ

Эмболизация сосудов селезенки была осуществлена у 26 больных (9 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 6 до 56 лет с диагнозом гиперспленизм. Частичная эмболизация, т.е. эмболизация верхних ветвей селезенки, сделана у 3 (11,5 %) больных, средних ветвей – у 12 (46,1 %), нижних артерий – у 8 (31,0 %) пациентов (табл. 4).

Таблица 4

Результаты эмболизации сосудов селезенки в зависимости от степени цирроза печени

Степень цирроза печени по Чайлду	n	%	M ± m
A	6	23,1	8,4
B	16	61,5	9,7
C	4	15,4	7,2
Всего	26	100,0	

Изменения, выявленные после эмболизации сосудов селезенки:

1) Уменьшение размеров селезенки, относящееся по данным L. Lida, T. Sakina, K. Akagi к груп-

пе «А» выявлено у 5 больных, у которых отмечался некроз, охватывающий более 80 % всей поверхности селезенки, к группе «В» – 9 больных, имеющих размер некроза 60–80 %, к группе «С» – 12 больных, некроз у которых охватывал менее 60 % всей поверхности селезенки. Размер зон инфаркта и его уменьшение имеют прямую зависимость от срока рассасывания.

2) Улучшение гемограммы, коагулограммы: увеличение количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и гемоглобина в крови способствовало улучшению показателей на 80 %, а также исчезновению носового кровотечения.

РЕАКЦИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ СОСУДОВ

После эмболизации сосудов опухолевого узла печени у 322 (82,7 ± 2,7) больных наблюдалась не- сильная боль, которая продолжалась от 3 до 7 дней. В процессе лечения у 198 (49,4 ± 2,5 %) больных наблюдалась рвота. Температура поднималась и оставалась повышенной в течение 1–7 суток у 148 (36,8 %) больных. После лечения антибиотиками температура нормализовалась. Гематома на месте пункции бедренной артерии наблюдалась у 10 (2,5 ± 0,8 %) больных. Внутрипеченочные метастазы опухоли отмечены у 149 (37,1 ± 2,4 %) больных

на двух сегментах печени, а у 22 (8,8 ± 1,0 %) больных — на 3-х сегментах ($p < 0,05$).

Произведена эмболизация сосудов при позднем периоде развития опухоли у 71,6 % больных, что явилось показанием к полной и частичной эмболизации сосудов полуселективным, селективным методом. Исходя из этого, считаем, что необходима полная эмболизация, когда размер очага колеблется между 5 и 8 см, наблюдается возникновение прудообразного круга вокруг очага, появление кальцирования и положительного эффекта лечения 73,2 % больных.

Неполная эмболизация необходима в связи с тем, что вышеуказанные симптомы появились при распространенной опухоли, срок сохранения кальцирования был небольшим, что не допускало применения специальных эмболизирующих материалов при эмболизации.

Необходимо производить твердую эмболизацию артерии печени в тех случаях, когда имеется очаговая опухоль размером от 3,1 до 7,1 см с помощью масляного раствора липиодола и специальных эмболизирующих материалов.

Можно произвести мягкую эмболизацию сосудов, когда опухоль имеет размер от 9,1 до 11 см и

множественные метастазы внутри печени при помощи маслячного раствора с химиоэмболизацией.

Доказана возможность частичной эмболизации каждого сосуда селективным методом при очаговых опухолях, имеющих метастазы внутри печени.

ВЫВОДЫ

1. Опухолевой очаг при первичном раке печени в 62,4 % случаев располагается в правой доле, в 31,2 % наблюдений — в левой, у 1,8 % больных — в обеих долях печени. У 37,1 % обследованных с первичным раком печени опухолевые очаги были локализованы в двух, а у 8,8 % больных — в трех сегментах печени.

2. Селективная эмболизация сосудов сегмента печени, где локализуется опухолевой очаг при первичном раке печени, у 80,3 % обследованных позволяет продлить жизнь больных от 6 месяцев до 7 лет.

3. Частичная эмболизация артерии селезенки при ее спленомегалии у большинства больных циррозом печени позволяет подавлять синдром гиперспленизма, что необходимо в подготовке тяжелых больных данной категории.

Г.П. Лях, А.А. Реут

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И *HELICOBACTER PYLORI*

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Анализ частоты и степени обсеменения *Helicobacter pylori* (НР) при различных морфологических проявлениях вблизи от края язвенного дефекта (при язвенной болезни желудка различной локализации)

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Аналізу были подвергнуты результаты исследования 32 больных с язвенной болезнью желудка различной локализации. Возраст пациентов был от 27 до 61 года. Из них при эндоскопическом исследовании у 2 (6,25 %) больных язвенный дефект локализовался в кардиальном отделе желудка; у 4 (12,5 %) — по малой кривизне тела желудка; у 7 (18,91 %) — на задней стенке тела желудка; у 12 (37,5 %) — в области угла желудка; у 4 (12,5 %) — в антральном отделе и у 3 (9,37 %) — в препилорическом отделе.

Проводилось морфологическое и цитологическое исследование биопсийного материала со слизистой на расстоянии 0,5 — 0,7 см от края язвенного дефекта.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вблизи от края язвенного дефекта различной локализации НР был выявлен у 14 (43,75 %)

больных, из них с высокой степенью обсеменения у 9 (64,28 %) больных: у 4 (44,44 %) — с локализацией язвенного дефекта в области угла желудка; у 3 (33,33 %) — на задней стенке тела желудка и у 2 (22,22 %) — в кардиальном отделе желудка.

Выраженные воспалительные изменения выявлены у 11 (34,37 %) больных. У 6 (54,5 %) из них НР выявлен с высокой степенью микробного обсеменения: 2 (18,18 %) — в кардиальном отделе, 3 (27,27 %) — в области угла желудка и 1 (9,09 %) — на задней стенке тела желудка. У остальных умеренная степень воспалительных изменений, НР выявлен с различной степенью микробного обсеменения (2 — первая степень, 3 — третья степень).

ВЫВОДЫ

Проведенный анализ установил связь между выраженностью воспалительных изменений, частотой и степенью микробного обсеменения. При выраженных воспалительных изменениях, независимо от локализации язвенного дефекта НР выявляется чаще и с высокой степенью обсеменения.

ЛИМФОТРОПНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕЙКИНФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Центральная медико-санитарная часть № 81 (Северск)

ВВЕДЕНИЕ

Основным методом лечения острых нагноений легких остается комплексное консервативное лечение. Показания к оперативным вмешательствам возникают менее чем у 10 % больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эффективность лимфотропного введения лейкинферона в комплексном лечении острых нагноений легкого.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирована 71 история болезни пациентов с острыми абсцессами легких и эмпиемами плевры, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии с 1994 по 2004 г. Во 2-ю группу выделено 12 человек, получавших лейкинферон лимфотропно по методике С.Д. Никонова.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Лейкинферон, представляющий комплекс естественных цитокинов, является одним из самых эффективных иммунокорректирующих препаратов. У пациентов, получавших данный препарат, раньше нормализовались показатели периферической крови, рентгенологически быстрее уменьшалась полость деструкции и перифокальная воспалительная инфильтрация легочной ткани, в 1,5 раза сокращались сроки пребывания больного в стационаре. Приведен пример успешного лечения гангренозного абсцесса легкого у пациента К., 54 лет.

ВЫВОДЫ

Результаты проводившейся иммунотерапии лейкинфероном свидетельствуют о целесообразности использования этого способа иммунокоррекции в практике лечения пациентов с абсцессами легких и эмпиемами плевры.

А.В. Малышев, С.А. Сысин, П.В. Рожанский, Ю.В. Васильев, Е.Ю. Гаврилова

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Ведущим методом хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в настоящее время является трансуретральная резекция (ТУР). Среди всех видов операций, выполняемых на предстательной железе, на ее долю приходится более 80 %. ТУР представляет собой иссечение гиперплазированной ткани простаты электрокоагуляционным ножом со стороны просвета уретры под эндоскопическим контролем. Несмотря на многие неоспоримые преимущества этого вида операций перед другими технологиями, проблема послеоперационных осложнений ТУР простаты не теряет своей актуальности. Особенно распространены инфекционно-воспалительные, тромбгеморрагические осложнения, а также рубцовые деформации и стриктуры шейки мочевого пузыря.

Большое значение в генезе указанных осложнений имеют локальные послеоперационные изменения, связанные непосредственно с характе-

ром операционной травмы и соответствующей реакцией организма.

В настоящей работе рассмотрены патологические изменения, возникающие в предстательной железе, русле микроциркуляции малого таза и системе гемостаза после трансуретральной резекции, а также показан положительный эффект применения препарата «Витапрост» в раннем послеоперационном периоде.

Выполнение трансуретральной резекции предстательной железы, кроме непосредственно механического удаления тканей, неизбежно сопровождается электрическим коагуляционным повреждением подлежащих структур на глубину до 1 мм. Это обуславливает усиление альтеративного эффекта операции. Следствием является выраженность воспалительных изменений в зоне операции, гиперкоагуляционные сдвиги, связанные с высвобождением больших количеств тканевого тромбопластина и частое присоединение инфекции, развитию которой

способствует наличие девитализированных тканей в ложе удаленной предстательной железы. Еще несомненно необходимо учитывать тот факт, что операции на предстательной железе — удел лиц преимущественно пожилого возраста, у которых указанные изменения особенно манифестны.

Так через 1 сутки после операции выявляют серьезные сдвиги в показателях коагулограммы, характеризующиеся усилением агрегации тромбоцитов, повышением активности коагуляционного звена гемостаза и депрессией противосвертывающей и фибринолитической систем. К 3-м суткам эти изменения наиболее выражены. По времени это совпадает с максимальной выраженностью воспалительного процесса, критериями оценки которой были количество лейкоцитов и бактерий в моче, уровень лейкоцитов крови и температура тела. Перечисленные показатели несколько нормализуются в течение ближайших суток, однако и на 7-й день после операции многие из них остаются в пределах, далеких от нормы.

При проведении трансректального ультразвукового сканирования пациентам после трансуретральной резекции простаты в раннем послеоперационном периоде выявлено снижение интенсивности эхо-сигнала предстательной железы, неоднородность ее структуры. Эти изменения демонстрируют отечность и инфильтрацию ткани простаты, что подтверждает наличие воспалительного процесса в ней.

Исходя из изложенного, патогенетическая терапия такого патологического состояния, должна включать в себя методы, направленные на улучшение микроциркуляции, повышение локальной резистентности и снижение интенсивности воспалительного процесса в предстательной железе. С этой целью 10 больным в раннем послеоперационном периоде после трансуретральной резекции простаты применен препарат «Витапрост» («Нижфарм», Россия). Препарат назначали, начиная с первых суток послеоперационного периода по 1 свече 1 раз в сутки, в течение 10 дней. Группу клинического сравнения составили 8 больных, которые «Витапрост» не получали, а остальные компоненты комплексного лечения были идентичны тем, которые применялись в основной группе — коррекция водно-электролитных нарушений, реологическая и антибактериальная терапия.

«Витапрост» представляет из себя комплекс водорастворимых биоактивных пептидов — цитомединов, выделенных из предстательной железы крупного рогатого скота. Основными фар-

макологическими эффектами этого препарата являются следующие:

- улучшение микроциркуляции за счет ингибирования адгезии и агрегации тромбоцитов;
- усиление синтеза антигистаминовых и антисеротониновых антител;
- уменьшение отечности предстательной железы и лейкоцитарной инфильтрации интерстициальной ткани;
- повышение активности секреторного эпителия простаты;
- регуляция тонуса мышц мочевого пузыря;
- оптимизация процессов регенерации;
- иммуномодулирующее действие;

Проведение клинического и лабораторного мониторинга после трансуретральной резекции предстательной железы позволило установить, что у больных, получавших «Витапрост», происходит более быстрая нормализация показателей, характеризующих интенсивность воспалительного процесса в ложе предстательной железы. Также у этих пациентов были менее выражены отечность и неоднородность простаты по данным ультразвукового сканирования в сравнении с больными контрольной группы.

Обсуждая полученные данные, следует предположить, что вызываемое «Витапростом» снижение адгезии и агрегации тромбоцитов, и, соответственно, явлений микротромбоза, благоприятно влияет на процесс заживления за счет улучшения трофики травмированной железы. Процесс репарации идет быстрее и без дополнительного избыточного формирования рубцовых изменений. Кроме того, поступление простатспецифических регуляторных пептидов, содержащихся в препарате, способствует восстановлению функции простаты в раннем послеоперационном периоде. Вероятно, имеет значение и функция заместительной иммунотерапии, описанная ранее при применении «Витапроста» у больных хроническим простатитом — нормализация уровня иммуноглобулинов А и G, восстановление соотношения Т-хелперов/Т-супрессоров.

Таким образом, применение препарата «Витапрост» в комплексном лечении больных после трансуретральной резекции предстательной железы позволяет корректировать локальные патологические послеоперационные изменения, что способствует более благоприятному течению послеоперационного периода, снижению выраженности воспалительного процесса в зоне операции и, вероятно, может обуславливать меньшую частоту поздних рубцовых стриктур шейки мочевого пузыря.

В.И. Морохоев

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РИНОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ МОЗГА

Городская клиническая больница № 1 (Братск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение закономерностей возникновения, диагностики и лечения риногенных абсцессов (РА) лобной доли мозга (ЛДМ) в свете применения новых технологий компьютерной томографии (КТ) и УЗИ, а также сравнение качества конечного результата лечения данной патологии оториноларингологическим и нейрохирургическим методами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ 7 случаев риногенных абсцессов лобной доли мозга, из которых 5 были внутримозговыми, а 2 — субдуральными, причем 1 субдуральный РА был расположен на 10 мм выше верхней стенки лобной пазухи. У 6 больных для диагностики РА использовалась КТ лобной доли мозга в аксиальной проекции с последующей цифровой реконструкцией изображения в сагиттальной плоскости. Ввиду невозможности применения КТ у 1 больного было использовано УЗИ лобной доли мозга через предварительное трепанированное отверстие в лобной кости. Секторный датчик УЗИ изолировался от dura mater стерильной хирургической перчаткой. Это позволило обнаружить внутримозговой риногенный абсцесс в лобной доле мозга и топически локализовать его в двух проекциях. Хирургический доступ к внутримозговому РА был осуществлен у 3 больных через заднюю стенку лобной пазухи, а у других 3 больных — нейрохирургическим доступом после костнопластической трепанации черепа. У 1 больного с субдуральным РА доступ был осуществлен расширением фронтального отверстия в лобной пазухе вверх на 10 мм по типу обычной нейрохирургической трепанации. Главным условием лечения риногенных абсцессов лобной доли

мозга была предварительная радикальная санация первичного гнойного очага в лобной пазухе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная оценка результатов лечения показала, что ЛОР метод доступа к внутримозговому РА лобной доли мозга по степени травматизма операции является более щадящим, а по срокам заживления более коротким, чем нейрохирургический. Мягкие резиновые дренажи и сигарные тампоны по методу Гаджимирзаева позволяют более физиологично дренировать полость внутримозгового риногенного абсцесса, чем грубые резиновые трубки, применяемые нейрохирургами.

ВЫВОДЫ

1. При невозможности проведения КТ (отдаленность больницы, неисправность КТ, тяжесть состояния больного и т.д.) возможно использование УЗИ для диагностики РА лобной доли мозга.
2. ЛОР доступ к РА лобной доли мозга более предпочтителен ввиду меньшего травматизма для больного.
3. Большинство российских практических нейрохирургов недостаточно осведомлены о технических деталях ЛОР доступа к РА лобной доли мозга через лобную пазуху, несмотря на то, что подавляющее большинство внутричерепных гнойников являются риногенными или отогенными (например, в США теоретическое знание ЛОР-операций на черепе является обязательным при получении нейрохирургического сертификата).
4. Отсутствует официальный документ Минздрава России, регламентирующий конкретные действия оториноларингологов и нейрохирургов при лечении риногенных и отогенных внутричерепных осложнений.

Е.С. Нетесин, С.М. Кузнецов, А.В. Щербатых, И.Е. Голуб

ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОГО КОЭФФИЦИЕНТА У БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ВЫБОРЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

С учетом предложенного интегрального критерия оценки степени тяжести кровопотери (ко-

эффициент компенсации) определить объем и качество инфузионной терапии на ранних этапах оказания медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу исследования положен предложенный и запатентованный способ оценки степени тяжести кровопотери:

$$\frac{АДс \times Нв}{ЧСС \times Чд} = КК_i$$

где: АДс — артериальное давление систолическое (мм рт. ст.); ЧСС — частота сердечных сокращений (в мин); Чд — число дыханий (в мин); Нв — концентрация гемоглобина (г/л).

Клинико-лабораторные исследования проводились у больных с тупой травмой живота, сопровождающейся внутрибрюшным кровотечением (n = 34) и у пациентов с профузным желудочно-кишечным кровотечением различной этиологии (n = 99). Средний возраст больных первой группы составил 22,5 ± 7,9 года, второй — 46,1 ± 11,6 года. Учитывая наличие высокой корреляционной зависимости между величиной дефицита ОЦК и значениями КК (в первой группе r = -0,811, во второй r = -0,880 при p < 0,01) был проведен анализ динамики значений КК в соответствии с изменениями величины дефицита ОЦК. Величина кровопотери в первой группе определялась в ходе операции, во второй группе дефи-

цит ОЦК рассчитывали по гематокритному методу F. Moore.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенный анализ позволил выявить четкую закономерность между дефицитом ОЦК и КК, соответственно при КК = 1 дефицит ОЦК составил более 50 %, при КК = 2 — 45 %, при 3 — 40 %, 4 — 35 %, 5 — 30 %, 6 — 25 %, 7 — 20 %, 8 — 15 %, 9 — 10 %, 10 — до 5 % и при КК = 11 — до 3 %. Эти данные позволили разработать математическую формулу для расчета объема инфузионной терапии с учетом тяжести состояния больного, представленного в виде значений КК и массы тела больного:

$$V = M \times (65 - 5 \times КК),$$

где: V — расчетный объем инфузионной терапии (мл); M — масса тела больного (кг); КК — значение коэффициента компенсации.

ВЫВОДЫ

Предлагаемый способ оценки степени тяжести больных с острыми кровотечениями основанный на расчете КК дополнительно позволяет оценить величину дефицита ОЦК и сразу назначить адекватную инфузионную терапию с учетом тяжести состояния пациента и массы его тела.

В.Ю. Погребняков, П.А. Иванов, С.И. Курупанов

СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Областная клиническая больница (Чита)

Основной задачей настоящего исследования было изучить лабораторные проявления синдрома системного ответа на воспаление у больных, пролеченных с использованием пункционно-дренирующих вмешательств под лучевым контролем. С этой целью наряду с изучением общеклинических и лабораторных показателей провели исследование концентрации провоспалительных цитокинов IL-1α, IL-1β, IL-8, TNFα у 17 больных с неосложненными кистами поджелудочной железы, печени и почек. Исследование проводили в до- и ближайшем послеоперационном периоде.

Установлено, что при рентгенохирургических вмешательствах в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдается существенных системных реакций. В то же время у 7 больных (41 %) наблюдалось повышение уровня TNFα в пределах 10 — 20 % от исходного уровня. Наряду

с этим в 14 (82 %) случаях через сутки после вмешательства отмечалось увеличенное количество эозинофилов, а у 12 (70 %) больных наблюдалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Повышение уровня TNFα мы склонны объяснить с позиций операционной травмы. Умеренная эозинофилия в сочетании с температурной реакцией обусловлены, по нашему мнению, реакцией на рентгеноконтрастные йодсодержащие препараты (урографин, тразограф), применявшиеся при вмешательствах.

Таким образом, предварительное изучение послеоперационного периода у больных с малоинвазивными рентгенохирургическими вмешательствами показало наличие вышеуказанных специфических отклонений, что свидетельствует о целесообразности дальнейшего углубленного изучения данного раздела.

РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Лечение острого панкреатита и его осложнений является одной из сложных и актуальных проблем хирургии. Мы располагаем собственным опытом использования рентгенотерапии у 85-ти больных с острым панкреатитом и у 10-ти больных с гнойным панкреонекрозом.

При рентгенотерапевтическом лечении больных с панкреонекрозом применяли суммарные очаговые дозы облучения поджелудочной железы от 0,4 до 1 Гр и поля облучения размерами от 6 × 8 см до 8 × 10 см. Наряду с рентгенотерапией использовали пункции и дренирование деструктивных и жидкостных образований в поджелудочной железе и парапанкреатическом пространстве под рентгеновским и ультразвуковым контролем.

У большинства больных в течение первой недели лечения отмечали значительное снижение

интенсивности болей, а у части больных — полное их исчезновение. Кроме того, была отмечена значительная положительная динамика со стороны основных лабораторных показателей независимо от длительности и тяжести заболевания.

Использование рентгенотерапии с малоинвазивными вмешательствами позволило достичь положительного результата у 8-ми больных с панкреонекрозом. У 2-х пациентов было проведено дополнительное оперативное лечение с целью удаления секвестров поджелудочной железы.

Таким образом, рентгенотерапия наряду с малоинвазивными вмешательствами позволяют значительно улучшить результаты лечения больных с панкреонекрозом и могут использоваться в комплексном лечении данной патологии.

В.В. Подкаменев, Б.Д. Доржиев, Н.И. Михайлов

ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить факторы риска развития ранних послеоперационных осложнений при аппендикулярном перитоните у детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Осуществлен ретроспективный анализ результатов лечения 517 детей с аппендикулярным перитонитом, находившихся на лечении в Ивано-Матренинской детской клинической больнице г. Иркутска (n = 295) и больнице скорой помощи г. Улан-Удэ (n = 222). Преобладали пациенты школьного возраста (n = 380; 73,5 %) по сравнению с детьми дошкольного возраста (n = 137; 26,5 %). Наиболее часто дети поступали в хирургические отделения после 24-х часов от начала заболевания: 499 (96,5 %) пациентов против 18 (3,5 %), поступивших до 24-х часов.

С местными формами перитонита наблюдались 418 (80,8 %) пациентов, из них 98 больных (18,9 %) с местным ограниченным перитонитом, 258 (49,9 %) — с местным неограниченным перитонитом и 62 (12,0 %) — с аппендикулярным абсцессом. С распространенными формами перитонита наблюдались 99 (19,2 %) пациентов, из них —

диффузный перитонит отмечен у 79 (15,3 %), разлитой перитонит — у 20 (3,9 %) пациентов.

Хирургическое лечение аппендикулярного перитонита складывалось из дифференцированного доступа, аппендэктомии, санации и дренирования брюшной полости по показаниям. Для оценки клинической эффективности санации и дренирования брюшной полости при местном ограниченном и неограниченном перитоните осуществлена выборка пациентов с указанными формами перитонита (n = 192), которые были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия санации и дренирования брюшной полости. Основная группа (ОГ; n = 154) состояла из пациентов, которым санация и дренирование брюшной полости не проводились. Группа клинического сравнения (ГКС; n = 38), состояла из пациентов, которым были выполнены санация и дренирование брюшной полости. Эффективность результатов лечения оценивалась в соответствии с рекомендациями CONSORT.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общая частота послеоперационных внутрибрюшных осложнений у наших пациентов соста-

вила 7,7 % (n = 40). Наиболее частой формой осложнений явился абсцесс брюшной полости, который наблюдался у 23 (4,4 %) детей. Инфильтрат брюшной полости наблюдался не более чем у 2 % (n = 10). Очень редко отмечались такие послеоперационные осложнения как кишечная непроходимость (n = 3; 0,6 %), послеоперационный перитонит (n = 3; 0,6 %) и кишечные свищи (n = 1; 0,1 %).

Результаты многофакторного анализа показали, что отсутствует зависимость между частотой послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости, полом и возрастом ребенка. Отмечено одинаковое распределение послеоперационных осложнений между мальчиками и девочками: 7,6 и 7,9 % соответственно. Наши исследования показали, что дети с аппендикулярным перитонитом до 3 лет не относятся к группе риска по развитию более частых и более тяжелых послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости. До 3-х лет мы не наблюдали осложнений со стороны брюшной полости. Среди всех возрастных групп наиболее высокий процент (12,1 %) осложнений наблюдался у детей в возрасте от 7 до 10 лет, тогда как у детей в возрасте от 3 до 7 лет этот показатель равнялся 6,7 %, а в возрасте от 10 до 14 лет — 6,8 %. Наш опыт показывает, что сегодня детям в возрасте до 3 лет с аппендикулярным перитонитом можно оказывать хирургическую помощь без летальных исходов и осложнений со стороны брюшной полости.

Давность заболевания также не оказалась фактором риска развития более частых послеоперационных осложнений со стороны брюшной по-

лости. Их частота составила 7,6 % при давности заболевания до 24 часов, 9,1 % — при давности заболевания от 24 до 48 часов, 9,1 % — при давности заболевания от 48 до 72 часов. Отсутствовали осложнения со стороны брюшной полости у детей, оперированных после 72 часов от начала заболевания.

Предоперационная подготовка оказывает существенное влияние на частоту неосложненного и осложненного послеоперационного периода (39,7 против 79,2 %, $P < 0,05$). Отсутствие предоперационной подготовки способствует двукратному увеличению частоты послеоперационных осложнений.

Доступ Волковича — Дьяконова является доступом выбора при местных формах перитонита, его расширенный вариант — при диффузной форме, так как он обеспечивает невысокий процент послеоперационных осложнений (7,5 %; $P < 0,05$) со стороны брюшной полости.

Выявлено трехкратное увеличение частоты внутрибрюшных осложнений при проведении санации и дренирования брюшной полости при местном ограниченном и местном неограниченном перитонитах (32,4 против 11,7 %; $P < 0,05$). Отсутствие санации и дренирования брюшной полости обеспечивает снижение относительного риска (СОР) развития послеоперационных осложнений на 29,5 % (95 % ДИ 27,8 — 30,4 %), снижение абсолютного риска (САР) — 19,9 %, а число больных, которых необходимо лечить данным способом, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход (NNT) — 5,0 (95 % ДИ 4,6 — 5,4).

В.Л. Полуэктов, Т.М. Калемина, О.А. Чертищев, И.Н. Зятьков, Ю.Р. Ерещенко, В.Г. Лобанов

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ МЕДИАСТИНИТАМИ

Областная клиническая больница (Омск)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать современные подходы к лечению пациентов с медиастинитами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наш опыт объединяет результаты лечения более 70 пациентов с медиастинитами различной этиологии. В ходе диагностики используются обычное клинико-рентгенологическое исследование, компьютерная томография, сонография, эндоскопические методики, контрастные рентгенологические исследования. В оперативном лечении использовались различные виды вмешательств, в том числе и эндохирургические с использованием ригидных и фиброволоконных эндоскопов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате внедрения в практику современных подходов в лечении данной группы пациентов, широкого использования эндохирургии удалось добиться улучшения результатов лечения. При этом для объективизации результатов лечения и прогнозирования использовалась шкала SAPS.

У 80 % пациентов данной группы было тяжелое и крайне тяжелое состояние при поступлении, при этом SAPS было более 15 баллов. Наименьшая тяжесть состояния была в группе с ограниченными передними медиастинитами и составила 10 баллов, при этом летальных исходов не было. Гнойный процесс в верхнем средостении и при тотальном переднем медиастините приводил к одинаковой тяжести, в среднем 15 баллов. Тотальное вовлечение зад-

него средостения в гнойный процесс приводило к тяжести состояния в среднем в 22,5 балла. Вовлечение в гнойный процесс, как переднего, так и заднего средостения протекают наиболее тяжело, и при этом тяжесть состояния в среднем оценивалась в 29,8 баллов, с максимальной оценкой у выжившего пациента в 27 баллов. Летальные исходы у пациентов с медиастинитами в подавляющем большинстве случаев наступали при тяжести состояния по шкале SAPS выше 26 баллов. В 2 случаях летального исхода с оценкой при поступлении в больницу 15 и 16 баллов, причиной смерти явилось профузное аррозивное кровотечение из магистральных сосудов.

В 4-х случаях нарастание тяжести состояния пациентов с увеличением балльной оценки по шкале SAPS позволило своевременно выявить прогрессирование гнойного процесса в средостении, потребовавшее проведения повторного вмешательства, направленного на санацию и дополнительное дренирование средостения.

Анализируя вероятность наступления летального исхода при своевременном и адекватно вы-

полненном вмешательстве, при гнойном медиастините, мы пришли к следующим заключениям. Оценка тяжести ниже 25 баллов позволяет предполагать наступление летального исхода не более чем в 8,3 %, при этом причиной смертельного исхода может быть профузное кровотечение, острый инфаркт миокарда и подобные остро возникшие, опасные для жизни состояния. При тяжести состояния более 26 баллов летальность составляет 75 %.

В ходе исследования отмечено более быстрое снижение балльной оценки по SAPS в группе пациентов, оперированных с использованием эндоскопической техники.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате использования у пациентов с медиастинитами шкалы оценки тяжести состояния и прогноза SAPS удается прогнозировать течение процесса и исход заболевания, что позволяет судить о распространенности гнойного процесса в средостении.

В.Л. Полуэктов, В.Г. Лобанов, О.А. Чертищев, Е.Ф. Еремеева, И.Н. Зятков, И.Ю. Черепанов, С.И. Преображенский

ПУТИ УМЕНЬШЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА

*Омская государственная медицинская академия (Омск)
Областная клиническая больница (Омск)*

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повышение надежности оперативных вмешательств при пластике пищевода желудочной трубкой, уменьшение частоты гнойных осложнений.

ЗАДАЧИ

Разработать тактику и алгоритм действий для предупреждения осложнений после пластики пищевода в ранний и поздний послеоперационный периоды.

Анализируются результаты оперативного лечения 50 пациентов с доброкачественными стриктурами пищевода. Пластика пищевода во всех случаях выполнялась изоперистальтической желудочной трубкой, выкроенной из большой кривизны, проведенной в заднем средостении, с одним анастомозом на шее, в один этап. У 34 пациентов (контрольная группа) использовался абдоминоцервикальный доступ, выделение пищевода в заднем средостении проводилось трансхиатальным путем после диафрагмотомии по Савиных тупым и острым способом вручную, без визуального контроля. После проведения трансплантата на шею накладывался 2-рядный эзофагогастроанастомоз. Для энтерального пи-

тания интраоперационно проводили назоинтестинальный зонд.

В контрольной группе отмечен ряд недостатков:

- вскрытие двух плевральных полостей при выделении пищевода в 17 случаях;
- интраоперационная кровопотеря в среднем 0,8 л;
- рентгенологический мониторинг в послеоперационном периоде указывает на значительную травму средостения (расширение тени средостения);
- у 5 пациентов отмечена несостоятельность анастомоза на шее с развитием в последующем стриктуры. У 1 пациента развился задний гнойный медиастинит, который был купирован дренированием с использованием промывной системы.

В основной группе (16 человек) производили до- и интраоперационную антибиотикопрофилактику, мобилизацию пищевода в заднем средостении проводили при правосторонней видеоторакоскопии по разработанной методике. Накладывали 1-рядный эзофагогастроанастомоз на шее рассасывающейся нитью. Интраоперационно вводили назоинтестинальный зонд для питания, который извлекали на 8–9-е сутки, и зонд к области анастомоза для разгрузки швов на 3-е суток.

В основной группе получены более хорошие результаты по сравнению с контрольной. Применение видеоторакоскопической ассистенции при мобилизации пищевода в заднем средостении не увеличивало время операции, позволяло проводить вмешательство под контролем зрения, что повышало его надежность, уменьшало интраоперационную кровопотерю, травматичность операции. Ни в одном случае не была вскрыта вторая плевральная полость.

Наложение 1-рядного шва эзофагогастроанастомоза ни в одном случае не привело к развитию несостоятельности или стриктуры.

Назоинтестинальный зонд обеспечивал адекватное питание пациента в течение 8–9 суток, после его удаления разрешали питаться самостоятельно.

Таким образом, для улучшения ближайших и отдаленных результатов при пластике пищевода необходимо использовать до- и интраоперационную антибиотикопрофилактику, видеоторакоскопическую ассистенцию для мобилизации пищевода в заднем средостении, накладывать 1-рядный эзофагогастроанастомоз и проводить зондовое питание в течение 8–9 суток.

А.А. Попов, А.М. Сухоруков, Е.А. Попова, А.А. Поздняков, Д.В. Фокин, С.И. Ростовцев

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)

Общеизвестно, что в патогенезе злокачественных новообразований важную роль играет дисбаланс прооксидантной и антиоксидантной систем. В результате прогрессирования опухолевого процесса биохимические изменения в клетках приводят к метаболическим нарушениям в организме больного, а именно: угнетение синтеза белков, коагуляционные нарушения крови, изменение реактивности иммунной системы. Комплексные нарушения гомеостаза, связанные с онкологическим процессом, являются неблагоприятным фоном для проведения противоопухолевого лечения (хирургического, лучевого, химиотерапевтического). Кроме того, принятые методы терапии онкологических больных сами по себе являются агрессивными. Наиболее уязвимыми оказываются быстро пролиферирующие клетки, в том числе клетки иммунной системы. То есть создаются предпосылки для развития гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности у больных в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проведены у 20-ти больных раком толстого кишечника в стадии $T_{3-4}N_{0-1}M_0$, перенесших лучевую терапию в предоперационном периоде и затем радикальные операции по поводу опухоли толстого кишечника. В послеоперационном периоде 15 больным (1-я группа) назначалось комплексное лечение, включающее антибактериальную терапию, анальгезию, инфузию препаратов для коррекции реологии крови, водно-электролитного и белкового баланса. Дополнительно 5 больным (2-я группа) назначали иммунофан и, с началом энтерального питания — Реаферон-ЕС-Липинт (в течение 5 дней). Для определения эффективности предлагаемой методики изучались показатели клеточного, гу-

морального иммунитета, частота гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех больных в предоперационном периоде отмечалось увеличение ЛИИ в 6 раз выше нормы, уменьшение абсолютного значения лимфоцитов — на 28 % ниже нормы. В результате анализа показателей иммунограммы установлено, что общее количество Т-лимфоцитов было ниже нормы на 39 %, ИРИ был ниже нормы на 27 %, отмечалось снижение IgG на 24 % ниже нормы. В раннем послеоперационном периоде сохранялась тенденция к еще большему угнетению клеточного иммунитета и прогрессированию воспалительного ответа. После проведения иммуномодулирующей терапии у больных 2-й группы нормализовался ЛИИ, IgG, к нижней границе нормы приблизились показатели клеточного иммунитета.

ВЫВОДЫ

1. Больные раком толстого кишечника, перенесшие в плане подготовки к радикальной операции в раннем предоперационном периоде лучевую терапию, поступают на оперативное лечение с иммунодефицитным состоянием.
2. Обширное оперативное вмешательство еще более усугубляет клеточный и гуморальный иммунодефицит.
3. Использование в составе комплексной терапии Реаферон-ЕС-Липинта и иммунофана дает возможность в короткие сроки корректировать имеющиеся нарушения у онкологических больных, что позволяет сократить пребывание больного в ОРИТ и снизить количество гнойно-септических осложнений.

РАННЕЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

При острой гнойной висцеральной патологии мало изученными остаются гемостатические процессы и обмен липидов. Исследования их необходимы с позиции изучения патогенеза перитонитов, прогнозирования результатов лечения и исхода заболеваний.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Прогнозирование течения, лечения и исхода распространенного гнойного перитонита (РГП) по закономерностям изменения гемостатических процессов и обмена липидов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования гемостаза проведены у 60 из 120 пациентов с РГП с продолжительностью заболевания более 3-х суток до поступления в клинику. В группе сравнения 30, из них 10 — с летальным исходом. В основную группу вошли 30 пациентов, из них 10 — с летальным исходом. Всем пациентам осуществляли в комплексном лечении санацию брюшной полости. Основная группа дополнительно в брюшную полость получала протеолитический фермент — имозимазу. Система гемостаза оценивалась по гематокриту, вязкости крови, агрегации тромбоцитов, протромбиновому времени, фибриногену, продуктам деградации фибриногена (ПДФ), растворимым фибрин-мономерным комплексам (РФМК), антитромбину III, плазминогену, перекисному окислению липидов (МДА — малоновый диальдегид).

Клинические исследования обмена липидов проведены у 71-го пациента. 28 из них с РГП, 6 — с хирургической патологией, осложненной сепсисом. Эксперименты по моделированию РГП ставились на 276 крысах самцах Вистар. 9 животным группы сравнения вводился 1 мл физиологического раствора в брюшную полость. 126 животным двух опытных групп вводилась в брюшную полость взвесь микроорганизмов 10^9 *E. coli* + 10^9 *Ps. Aeruginosae* в количестве 2 мл. 60 из них дополнительно в/в получали гепатопротектор Гептрал — 0,3 мл.

В исследованиях определялись концентрация общего холестерина, холестерин липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности, триглицериды, индексы интоксикации: лей-

коцитарно-интоксикационный (ЛИИ) индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛ) и другие.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

У всех больных с РГП при поступлении наблюдались изменения в системе гемокоагуляции, характерные для подострой формы ДВС-синдрома, со снижением способности тромбоцитов к дезагрегации, с активацией процессов ПОЛ увеличивался уровень МДА в плазме и эритроцитах в 1,5–2 раза выше нормы. В системе реологии — низкие значения гематокрита, высокие показатели вязкости крови, концентрации фибриногена, РФМК. Протромбиновый индекс был ниже нормы. Истощение фибринолитической системы проявлялось в снижении концентрации плазминогена, низком уровне спонтанного фибринолиза и высоком содержании ПДФ. В процессе лечения были выявлены различия в изменении параметров гемостаза для пациентов основной и группы сравнения. У пациентов основной группы большинство параметров свертывающей системы нормализовалось к 25 суткам, в группе сравнения — нарушения по показателям сохранялись до 45-х суток наблюдения. При увеличении скорости агрегации тромбоцитов на 5 сутки в 2 раза, дезагрегации тромбоцитов на 3–5 сутки в 5–8 раз и снижении ПДФ на 8 сутки в 2,5 раза прогнозируют благоприятный исход лечения. При снижении скорости агрегации на 5 сутки в 2 раза с потерей дезагрегации тромбоцитов на 8 сутки и отсутствии изменений уровня ПДФ прогноз считается неблагоприятным и подтвержден на 90 %.

По показателям липидного обмена благоприятный прогноз при комплексном лечении пациентов выяснен при значениях ОХс — моль/л > 2,6; Хс — ЛПВП моль/л > 1,0, ЛИИ < 4; ИСЛ < 6 — на 2–3-и сутки от дня поступления больных в стационар. Крайне неблагоприятный исход выявлен при ОХс < 1,9; Хс — ЛПВП < 0,6; ЛИИ > 7; ИСЛ > 8 с ошибкой прогноза — 7 %. Определение предлагаемых показателей позволяет осуществить раннее прогнозирование исхода комплексного лечения пациентов с РГП с высокой степенью достоверности.

Поданы 2 заявки на предполагаемые изобретения.

К ВОПРОСУ ВЛИЯНИЯ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

НИИ гастроэнтерологии СГМУ (Северск)

Цель исследования заключалась в изучении функции желчевыделительной системы после резекции желудка по Billroth I при различных вариантах формирования гастродуоденоанастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Функция желчного пузыря была изучена у 55 больных после резекции 1/2 желудка по Billroth I с формированием пилородобного гастродуоденоанастомоза. В качестве группы сравнения были взяты 30 пациентов после операции Billroth I с «прямым» гастродуоденоанастомозом. Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате АЛОКА SSD 2000 с использованием конвексного датчика 3,5 МГц. Объем желчного пузыря натощак и каждые 10 мин рассчитывали по формуле: $V = 0,523 \times d^2 \times h$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе нарушения моторной функции желчного пузыря были выявлены у 14 (25,5 %) пациентов, в том числе у 6 (10,9 %) отмечена гипермоторика, а у 8 (14,6 %) — гипомоторная дискинезия. При этом характерным было сочетание гипермоторной дискинезии с замедленным опорожнением культи желудка и ДПК, что чаще всего наблюдалось в раннем послеоперационном периоде. Напротив, гипермоторная дискинезия чаще встре-

чалась у пациентов с гипермоторикой культи желудка и ДПК в отдаленные сроки после операции. После резекции желудка по Billroth I с прямым гастродуоденоанастомозом в большинстве случаев (80 %) пищевой раздражитель, вследствие отсутствия замыкательной функции выходного отдела культи желудка, почти тот час же практически непрерывно поступает в ДПК. В результате форсированного поступления необработанной пищи в дуоденум и неадекватного раздражения нейрондокринных клеток кишки, преобладает гипермоторный тип дискинезии желчного пузыря (85 %), о чем свидетельствуют укорочение латентного периода желчевыделения в среднем до $3,2 \pm 0,8$ мин. и усиленная мощность сокращения в данной группе — $0,4 \pm 0,04$ см³/мин.

Таким образом, операция формирования пилородобного гастродуоденоанастомоза создает лучшие условия для нормализующего влияния естественных пищевых раздражителей, что в значительно меньшей степени нарушает содружественную работу единой гепатопанкреатодуоденальной системы. Формируемый инвагинационно-клапанный гастродуоденоанастомоз обеспечивает равномерное, порционное поступление пищи из культи желудка в ДПК, что благоприятно сказывается на функции билиарного дерева.

М.П. Рябов, А.Д. Быков

СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ И ПУТИ ЕЕ УЛУЧШЕНИЯ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

В республике многое сделано для улучшения качества квалифицированной и специализированной помощи больным с хирургической патологией как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах.

На 10 000 населения приходится 13 коек хирургического профиля, в том числе общехирургических и травматологических. Урологические составили — 0,88; нейрохирургические — 0,49; хирургические торакальные — 0,29; сердечно-сосудистые — 0,39; реанимационные — 0,6. Обеспеченность врачами в 2004 г. составила 4,1 на 10 000 населения. Работают 76 (20,4 %) врачей хирурги-

ческого профиля. Аттестованы 67 (88,15 %) врачей-хирургов, из них 61 врач имеет высшую и первую квалификационные категории. 3 хирурга имеют ученую степень доктора медицинских наук и 11 — кандидата медицинских наук.

Несмотря на экономические трудности, проводится реконструкция зданий лечебного учреждения, строятся новые корпуса РКБ, улучшается ее материальная база и оснащенность новейшей диагностической, лечебной аппаратурой и оборудованием.

В хирургическую практику внедряются новые современные направления: микрохирургия, ре-

конструктивно-пластические и органосохраняющие операции, гравитационная хирургия крови (гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез).

За 2004 г. в хирургических стационарах было выполнено 8901 оперативное вмешательство, из них по экстренным показаниям сделано 2574 операций. Послеоперационные осложнения имели место у 37 (0,5 %) больных. После плановых операций осложнения отмечены у 17 (0,33 %) больных.

Послеоперационная летальность составила 1,56 % (умерло 117), в том числе после плановых операций – 0,29 %, после экстренных – 4,5 %.

Ведущее место в практической деятельности хирургов занимает хирургическая помощь больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (642), которые составляют 45,1 % всех госпитализированных в общехирургическое отделение, 404 (28,4 %) из них произведены оперативные вмешательства на органах живота, а 317 (34,2 %) были прооперированы по поводу черепно-мозговой травмы.

Зависимость исходов лечения больных с острой хирургической патологией и черепно-мозговой травмой от сроков госпитализации с момента заболевания (травмы) общеизвестна. Вместе с тем, за последние 5 лет сроки доставки экстренных больных изменились мало и даже несколько увеличились.

Позднее обращение за медицинской помощью, особенно с острыми болями в животе, отражает недостаточный уровень медицинской пропаганды среди населения.

С целью улучшения результатов лечения в РКБ систематически проводится обучение, разбираются диагностические и тактические ошибки. Продолжается работа по повышению квалификации хирургов на центральных базах.

Важную работу по оказанию неотложной хирургической помощи осуществляет служба санитарной авиации (начальник службы А.Д. Шапоренко). В последнее время установилось правило – тяжелобольных эвакуировать в РКБ.

С целью повышения качества лечения хирургических больных, уменьшения количества осложнений и летальности кафедра госпитальной хирургии БГУ проводит единую тактику в вопросах организации хирургической службы РКБ, диагностики и лечения больных с плановой и острой хирургической патологией и травмой.

Министерство здравоохранения Республики Бурятия, Республиканская клиническая больница совместно с кафедрой хирургии БГУ выпустили в достаточном количестве учебно-методические пособия, информационные письма по лечению больных, стандарты лечения и уделяют внимание организации и совершенствованию специализированной хирургической помощи в Республике Бурятия.

Республиканская клиническая больница – это не только больница, это клиника, лечебный, научный, учебный, консультативный центр со специализированными отделениями. Актуальным остается вопрос улучшения помощи больным с гнойно-воспалительными заболеваниями и осложнениями. Проблемой являются вопросы кардиохирургии, трансплантации, эндохирургии.

Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов

ПЕРВИЧНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Областная клиническая больница (Чита)
Читинская государственная медицинская академия (Чита)*

Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, значительное число больных с заболеваниями и травмами ободочной кишки поступает в клинику с наличием осложнений. Несомненно, формирование кишечной стомы позволяет спасти жизнь больного, однако отдалает этап удаления основного заболевания. В то же время в литературе последних лет появились работы, показывающие возможность выполнения первичных резекций ободочной кишки даже при наличии осложнений.

Отделение колопроктологии Читинской областной клинической больницы имеет опыт выполнения 330 таких операций за период 1994 – 2002 гг. Среди наблюдавшихся больных было 49 % мужчин и 51 % женщин в возрасте от 32 до 85 лет.

На первом месте по численности – больные, оперированные по поводу осложненного рака ободочной кишки (199 больных – 60,3 ± 2,69 %). Наиболее частым осложнением рака являлась толстокишечная непроходимость (164 пациента – 49,7 ± 2,75 %), перфорация кишки случилась у 35-ти больных (10,6 ± 1,69 %). На втором месте – дивертикулярная болезнь ободочной кишки (46 больных – 13,9 ± 1,9 %). Из осложнений преобладал паракишечный инфильтрат, сопровождавшийся кишечной непроходимостью (24 больных – 7,2 ± 1,43 %), перфорация дивертикула стала причиной операции у 22 человек (6,6 ± 1,37 %). Заворот сигмовидной кишки был встречен у 34 больных (10,3 ± 1,67 %) и всегда сопровождался острой странгуляционной толстокишечной непроходимостью. Осложненные вос-

палительные заболевания ободочной кишки — неспецифический язвенный колит (18 больных — $5,5 \pm 1,25$ %) и болезнь Крона (12 человек — $3,6 \pm 1,03$ %) являются наиболее тяжелой патологией, встреченной нами. Преобладали больные с язвенным колитом, осложненным перфорацией (14 человек — $4,2 \pm 1,1$ %), при этом у всех пациентов перитонит носил характер разлитого или диффузного. Токсическая дилатация ободочной кишки, потребовавшая оперативного лечения, наблюдалась только у 4 больных ($1,2 \pm 0,6$ %). Болезнь Крона потребовала операции у 12 пациентов ($3,6 \pm 1,03$ %), при этом во всех случаях она осложнялась стенозом и кишечной непроходимостью. Число больных с травмами невелико (15 пациентов — $4,5 \pm 1,14$ %). Связано это с тем, что большинство операций по поводу травм с повреждением ободочной кишки, завершались выведением поврежденного участка в виде колостомы без резекции кишки. Только у 3 ($0,9 \pm 0,52$ %) человек с колото-резанными ранениями множественный характер повреждения вынудил хирурга выполнить резекцию. Огнестрельные ранения у 7 ($2,1 \pm 0,79$ %) больных потребовали выполнения резекции. Закрытые травмы с размозжением участка кишки не оставляли выбора и у 5 ($1,5 \pm 0,67$ %) пациентов. У 60 % пациентов травма ОК была сочетанной, у 26,6 % — комбинированной и только у 16,6 % больных она носила характер изолированного повреждения кишки.

Всем пациентам выполнены первичные резекции ободочной кишки с формированием кишечных стом. У 220 больных ($66,6 \pm 2,59$ %) сформированы отдельные двухствольные колостомы, у 110 ($33,3 \pm 2,59$ %) — одноствольные. Были выполнены следующие операции: правосторонняя гемиколэктомия — 40 ($12,7 \pm 1,75$ %), левосторонняя гемиколэктомия — 78 ($24,1 \pm 2,17$ %), резекция сигмовид-

ной кишки — 178 ($53,8 \pm 2,5$ %), резекция поперечно-ободочной — 11 ($3,6 \pm 0,89$ %), тотальные и субтотальные колэктомии — 18 ($5,4 \pm 0,94$ %), атипичные резекции — 4 ($1,2 \pm 0,42$ %).

Летальность после данных операций составила $4,8 \pm 1,18$ %. Число послеоперационных осложнений — $26,3 \pm 2,4$ %, причем преобладали осложнения, несвязанные с операцией (гипостатическая пневмония и др.) — $21,8 \pm 2,27$ %, связанных с операцией было всего $16,9 \pm 2,0$ % и преобладали нагноения ран. Средний послеоперационный койко-день при неосложненном течении — 15 дней, при осложненном — 25,2 дня.

Способ формирования колостомы не влиял на послеоперационные показатели, а учитывая, что восстановительные операции по поводу двухствольных колостом менее травматичны, проще в исполнении и легче переносятся больными, мы рекомендуем формировать одноствольные колостомы только при коротком отводящем отделе кишки, когда нет возможности выведения его на переднюю брюшную стенку. Однако использование способа формирования одноствольных кишечных стом (заявка на изобретение № 2004138352 с приоритетом от 27.12.2004 г.), позволяет приблизить их по своим свойствам к двухствольным. А использование запатентованных технологий при закрытии кишечных стом (Патент РФ № 2228149), позволяет до минимума уменьшить число послеоперационных осложнений на втором этапе лечения.

Таким образом, первичная резекция ободочной кишки — достаточно эффективный метод хирургической реабилитации больных с осложненными заболеваниями и травмами ободочной кишки, и он может быть рекомендован к применению в специализированных отделениях при наличии квалифицированных врачей-колопроктологов.

В.А. Сизоненко, К.В. Пермяков

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ

Читинская государственная медицинская академия (Чита)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Прогнозирование заживления ран при открытых переломах и определение тактики лечения.

Проведен анализ лечения и определение жизнеспособности кожных лоскутов при открытых переломах у 79 пострадавших. В работе придерживались классификации открытых переломов по Каплан — Марковой.

У 20 пострадавших открытые переломы были I — III А типа с площадью раны 1 — 4 см². С переломами I — III Б типа на лечении находилось 25 пациентов и площадь раны была от 20 ± 3 см² до 80 ± 7 см². Проведено обследование и лече-

ние 34 тяжело пострадавших с открытыми переломами III В типа, с площадью ран от 150 ± 30 см² до 800 ± 60 см². При клиническом исследовании помимо общей площади ран, степени разрушения мягких тканей, определяли длину и ширину кожно-фасциальных травмированных лоскутов.

Исследования жизнеспособности лоскутов проведены с помощью термографии, термометрии электронным термометром. Проведено полярографическое определение напряжения кислорода в тканях. У 27 пострадавших с размерами кожного лоскута более 10 см проводилась ре-

овазография в динамике через 1–3 часа после травмы и через 6–8 часов, т.е. после выведения из шока.

Получены следующие результаты. При снижении температуры кожных лоскутов на 8 °С по сравнению с симметричным здоровым участком наступает некроз лоскута и нагноение раны, а также в последующем возможен остеомиелит. Наблюдалась гибель лоскута при снижении реографического индекса наполовину.

Установлено, что все показатели: температура, реограмма, напряжение кислорода имеют прямую связь с кровообращением в лоскуте, которое во многом зависит от соотношения ширины и длины и степени повреждения лоскута.

При открытых переломах А типа (резаные, колотые раны) и соотношения длины к ширине 1 : 1 и 1 : 2 первичное заживление после ПХО наблюдается в 95 % случаев.

У пострадавших с открытыми переломами Б типа (ушибленные) при коэффициенте 1 : 1 первичное заживление наблюдается в 66,6 %, а при

коэффициенте 1 : 3 у всех — частичный некроз лоскута.

Исходы лечения открытых переломов Б типа (размозжение) значительно хуже и только при коэффициенте 1 : 1 возможно первичное заживление. При коэффициенте 1 : 2 — частичный некроз, а при соотношении ширины к длине как 1 : 3 наступает полная гибель лоскута.

На основании проведенных исследований пришли к заключению, что при открытых переломах А типа, после ПХО на рану возможно наложение швов.

После переломов Б типа и коэффициенте лоскута 1 : 1 также возможно наложение швов. Открытые переломы В типа возможно наложение швов после ПХО только при соотношении длины лоскута к его ширине 1 : 1. В остальных случаях при лечении открытых переломов после ПХО ран необходима аутопластика.

Способ закрытия (дерматомным трансплантатом, кожно-фасциальным лоскутом, лоскутом на сосудистой ножке) зависит от локализации и площади ран при открытых переломах.

М.Б. Скворцов, В.И. Боричевский, М.А. Кожевников

РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ЕГО ПЕРФОРАЦИИ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ МЕДИАСТИНИТА

ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Лечение больных с перфорациями пищевода (ПП) до настоящего времени остается трудной и нерешенной задачей. Высокая летальность за счет быстрого развития гнойных осложнений составляет 20–80 %. Одним из самых тяжелых и смертельных осложнений ПП является медиастинит. Наличие рыхлой клетчатки и отсутствие соединительнотканых перегородок в средостении способствуют распространению инфекции и вовлечению соседних структур. Постоянное инфицирование средостения за счет поступления содержимого ротовой полости, воздуха и содержимого желудка через перфорацию способствуют поддержанию инфекционного процесса.

Из существующих классификаций ПП наиболее удобной, на наш взгляд, является классификация М.А. Подгорбунского и Г.И. Шраера (1970), которую мы используем с нашими добавлениями. ПП различают по этиологии (травматические, вследствие заболеваний пищевода, вследствие заболеваний средостения); по течению (остро развивающаяся перфорация, медленно развивающаяся (хроническая) перфорация); по локализации (в шейном, грудном, абдоминальном отделах); по состоянию стенки пищевода (не изменена, патологически изменена); по наличию повреждений соседних органов (с повреждением медиастини-

нальной плевры, трахеобронхиального дерева, крупных сосудов и без повреждения соседних органов и структур); по наличию медиастинита (без клинических проявлений медиастинита, с клиникой медиастинита); по размерам дефекта стенки пищевода (микроперфорация, макроперфорация).

В клинике госпитальной хирургии ИГМУ с 1975 по 2004 гг. находились на лечении 132 больных с ПП. Причины перфорации: инструментальные повреждения были у 92 (из них перфорация бужом — у 68, фиброэзофагоскопом — у 9, фибробронхоскопом — у 1, ригидным эзофагоскопом — у 6, кардиодилататором — у 3), интраоперационное повреждение пищевода — у 5. Повреждение стенки пищевода инородным телом было у 20 больных, при ранениях шеи и груди — у 11, перфорация при распаде раковой опухоли пищевода — у 3, вследствие нагноения туберкулезного лимфаденита — у 1, перфорация язвы пищевода — у 1, химический некроз стенки пищевода — у 2, спонтанный разрыв пищевода — у 2. Мужчин было 91, женщин — 41, возраст больных — от 1 года до 78 лет (в том числе детей до 15 лет — 6 человек). Средний возраст составил 46,3 лет.

ПП осложнилась медиастинитом у 54 (40,9 %) больных, из них у 47 (87 %) перфорация пище-

вода была диагностирована через сутки и более от начала заболевания. При ПП и развитии медиастинита отмечали боли за грудиной, в межлопаточном пространстве, усиливающиеся при глотании, повышение температуры тела до 38 °С и выше, одышку, чувство сдавления в груди, часто — подкожную эмфизему на шее и груди. На рентгенограммах грудной клетки выявляли расширение границ средостения, наличие газа в средостении, иногда с горизонтальным уровнем жидкости, гидропневмоторакс. Основным рентгенологическим симптомом ПП был затек контраста за пределы его стенки, выявляемый при проведении рентгеноскопии с водорастворимым контрастом.

Умерли 34 (25,8 %) пациента. Основными причинами летальных исходов были прогрессирующий медиастинит, пневмония, эмпиема плевры. У 2 больных непосредственной причиной смерти явилось артериальное аррозивное кровотечение из сосудов шеи и средостения, у 1 — воздушная эмболия сосудов головного мозга и у 1 — обширный инфаркт миокарда в раннем послеоперационном периоде.

Консервативное лечение ПП не приводит к выздоровлению и сопровождается летальностью более 80 %, поэтому ПП считаем показанием к оперативному лечению. Не оперированы и излечены консервативно 5 больных, у которых не было проявлений медиастинита.

Оперировали 127 больных, умерло — 34 (26,8 %). Из 54 больных с медиастинитом, развившимся в результате ПП, умер 21 (38,9 %) больной, что значительно выше общей летальности. Одной из главных задач в лечении больных с ПП считаем профилактику и лечение медиастинита. Выполнялись следующие операции: 1) гастростомия; 2) дренирование средостения изолированное или в сочетании с гастро- либо с еюностомией; 3) ушивание перфорации, в том числе в сочетании с резекцией желудка, с удалением инородного тела, с гастро- или еюностомией, внеслизистой кардиомиотомией и ЭФП; 3) пересечение пищевода на шее с шейной эзофагостомией для предотвращения дальнейшего инфицирования средостения через перфорацию; 4) резецирующие операции, в том числе с одномоментной желудочной или толстокишечной пластикой пищевода.

Гастростомия выполнена у 6 пациентов, умерли 3. Дренирующие операции, в том числе с наложением гастро- или еюностомы, выполнены 26 больным, из которых умерли 13 (50 %). Дренирование средостения изолированное выполнено 13 больным, умерли 4, в сочетании с гастростомией — 11 (7), с еюностомией — 2 (2).

Ушивание раны пищевода выполнили 34 больным, умерли 3 (8,8 %), из них ушивание ПП у одной больной произвели в сочетании с резекцией

обожженного дистального отдела желудка. Пересечение пищевода на шее и эзофагостомия для предотвращения дальнейшего инфицирования средостения через перфорацию выполнены 3 больным, как вынужденная мера, в крайне тяжелом состоянии пациентов.

Резекция пищевода (РП) при проникающих повреждениях пищевода выполнена 58 больным в возрасте от 3 до 74 лет. РП из абдоминоцервикального доступа (АЦД) с наложением эзофагостомы на шее и гастростомы, выполнена 20 пациентам. Из них у 12 пациентов РП выполнена в ранние сроки после перфорации (до развития медиастинита) без летальных исходов. На фоне медиастинита оперировано 8 больных, из них умерли 2. РП из АЦД с одномоментной пластикой целым желудком выполнена 23 больным. В условиях медиастинита оперировано 9 пациентов, из них умерло 7 человек. При исходном отсутствии медиастинита, после этой операции он не возник, умерших не было. У одного больного выполнена резекция перфорированного участка пищевода с наложением внутриплеврального анастомоза из торакотомного доступа с благоприятным исходом. РП из АЦД с одномоментной пластикой толстой кишкой успешно выполнена 2 больным. Из трех доступов (лапаротомия, цервикотомия, торакотомия) РП с наложением гастро- и эзофагостомы произведена 9 больным. Летальные исходы наступили у 3 больных, которым операцию выполнили на фоне медиастинита и эмпиемы плевры. У больных, оперированных до развития гнойных осложнений, летальных исходов не было. РП и кардии с первичным ПЖА из торакофренолапаротомного доступа произведена 3 больным на фоне медиастинита, они погибли от несостоятельности ПЖА и гнойных осложнений.

Таким образом, при ПП и по нашим данным основной причиной смертельных исходов является медиастинит. Консервативное лечение возможно лишь при отсутствии медиастинита. Различные виды операций, направленных на дренирование средостения и выключение питания через рот, являются паллиативными, так как, при оставшейся ПП, сохраняется инфицирование средостения. Радикальными и предпочтительными видами операций при ПП является ушивание раны пищевода (исходно здорового) или резекция патологически измененного пищевода для предотвращения развития медиастинита. Своевременно выполненная РП позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений и приводит к снижению летальности при ПП. В ранние сроки после повреждения пищевода при отсутствии тяжелых водно-электролитных и белковых нарушений РП может быть дополнена одномоментной пластикой целым желудком или толстой кишкой с анастомозом на шее.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Изучение функционального состояния оперированного желудка при постгастрорезекционных синдромах

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу исследования положен анализ изучения функционального состояния оперированного желудка у 116 пациентов в отдаленные сроки после резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка и ДПК. Мужчин было 81 (69,8 %), женщин — 35 (30,2 %). Средний возраст больных составил 49,7 года. В основную группу вошли 62 (53,4 %) пациента, при комплексном обследовании которых выявлены различные постгастрорезекционные синдромы (ПГРС). Наиболее часто встречался демпинг-синдром — 25 (40,4 %), сочетание различных ПГРС наблюдали у 21 (34,0 %) пациентов. Группу клинического сравнения составили 54 (46,6 %) пациента, не предъявляющие жалоб на момент обследования.

Функциональное состояние оперированного желудка оценивали на основании эндоскопического, рентгенологического исследования (стандартное и ФГЭГ), 24-часовой рН-метрии, радиологического и биохимического исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе клинического сравнения эндоскопически воспалительные изменения наблюдались у 66,7 % пациентов, эрозивно-язвенных поражений не отмечали, у 96,3 % обследованных анастомоз ха-

рактеризовался как функционально активный. Рентгенологически преобладали замедленные типы эвакуации (70,4 %), моторно-эвакуаторных нарушений 12-перстной кишки выявлено не было. Нормотонический вариант сокращений культи желудка и отводящей кишки отмечали у 62,3 % пациентов. Дуодено(еюно)гастральный рефлюкс выявлен у 12,9 %, при этом преобладала легкая форма последнего.

В основной группе значимо чаще встречались воспалительные изменения культи желудка (100 %), анастомозит (20,7 %), пептическая язва анастомоза (14,5 %), функционально пассивный анастомоз (63,9 %). Эвакуаторная функция характеризовалась как ускоренная у 59,4 % обследованных, моторно-эвакуаторные нарушения ДПК выявлены у 45,2 %, при этом у 11,3 % они носили тяжелый характер. При оценке сократительной способности преобладали пациенты с гипертонической (59,8 %) и гипотонической (25,4 %) функцией отводящей петли. Рефлюкс в культи желудка выявлен у 53,2 % больных, у 27,3 % из них степень рефлюкса оценена как тяжелая.

ВЫВОДЫ

1. При постгастрорезекционных синдромах наблюдаются функциональные изменения составляющих оперированного желудка, тяжесть и сочетание которых определяют тяжесть синдрома.
2. Своевременная диагностика подобных нарушений способствует ранней реабилитации больных.

С.В. Соколова, А.В. Щербатых, А.Л. Агрызков, А.В. Лупсанов, С.М. Кузнецов

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ МЕТОДОМ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Провести анализ результатов применения методов ненатяжной герниопластики при лечении послеоперационных грыж.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период 2003 — 2004 гг. в хирургической клинике медицинского университета ненатяжная герниопластика выполнена 86 пациентам с послеоперационными вентральными грыжами.

Женщин было 69 (80,2 %), мужчин — 17 (19,8 %). Средний возраст больных составил 54,2 года. По локализации верхнесрединные грыжи составили 38 (44,2 %), нижнесрединные — 41 (47,6 %), боковые грыжи — 7 (8,2 %). При определении размеров грыж использовали классификацию К.Д. Тоскина и соавт. (1983), при этом большие и гигантские грыжи отмечались у 69 % пациентов. Рецидивные грыжи наблюдались в 23 (26,7 %) случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для замещения дефекта передней брюшной стенки использовалась полипропиленовая сетка (ППС) отечественного производства. Иссечение послеоперационного рубца производили в пределах, обеспечивающих сопоставление краев кожи без натяжения. В 27 (31,3 %) случаях при невправимых грыжах производили вскрытие и иссечение грыжевого мешка. В остальных случаях мешок после выделения инвагинировали в брюшную полость без вскрытия. Апоневроз выделяли на протяжении 3–5 см по периметру грыжевых ворот, соответственно выкраивался лоскут сетки с последующей ее фиксацией. Для фиксации во всех случаях использовали полипропиленовую нить с наложением непрерывного и отдельных узловых швов по краю грыжевых ворот. Операцию заканчивали послойным ушиванием раны и дренированием подкожной клетчатки по Редону. Продолжительность операции составила $45,8 \pm 15,3$ мин.

С первых суток послеоперационного периода обеспечивали компрессию зоны операции при помощи эластического бандажа. Наркотическое обезболивание использовали только в течение первых суток. В остальном для обезболивания и уменьшения реакции тканей на ППС назначаем кетонал и его аналоги в течение 2–3 суток. Антибактериаль-

ная терапия в послеоперационном периоде назначается дифференцированно, во всех случаях проводилась антибиотикопрофилактика. Дренажи Редона удаляем при уменьшении дебита отделяемого до 20–30 мл/сутки, обычно на 2–3 сутки послеоперационного периода. На 5–6 сутки производим ультразвуковое исследование области послеоперационного шва. Скопление жидкости в зоне операции лоцируется в виде эконегативной полосы различной ширины и протяженности. Ширина более 10 мм служит показанием для пункции. В анализируемой группе больных послеоперационный период осложнился серомой у 6 (6,9 %). Во всех случаях применялся пункционный способ ведения. Количество пункций определялось динамикой процесса. У 1 (1,2 %) больного наблюдалось нагноение послеоперационной раны, проводились санирующие перевязки, удаления аллопланта не потребовалось. Средняя продолжительная пребывания в стационаре составила $8,3 \pm 1,7$ суток. В течение 6 месяцев после операции результаты оценены у 46 (53,4 %). Рецидива грыж не выявлено.

ВЫВОДЫ

Применение современных аллопластических материалов позволяет улучшить результаты лечения послеоперационных грыж.

А.Г. Соколович, А.Б. Салмина, А.В. Степаненко, К.Ю. Беляев

ИЗМЕНЕНИЯ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить изменения проницаемости кишечной стенки при перитоните и ее роль в развитии абдоминального сепсиса.

Проницаемость кишечной стенки оценивалась путем выявления транслокации в кровь из просвета кишечника введенных *per os* меченных радиоизотопом I^{125} фрагментов бактериальной стенки предварительно лизированной культуры *E. coli* с последующим изучением радиоактивности периферической крови. Эксперимент проводился на кроликах массой 2,5–3 кг. Все животные были разделены на 2 группы. В контрольной группе было 4 интактных кролика. В основной группе было 12 животных, у которых создавали модель перитонита путем внутрибрюшинного введения микробной культуры метициллин-резистентного *St. aureus* с микробным числом 10^7 на пептонной воде в количестве 10 мл/животное. Для контроля проницаемости кишечной стенки была использована интактная культура *E. coli* с радиоактивной меткой I^{125} . Маркированный бактериальный агент

вводился животным обеих групп *per os* с пищей ежедневно в течение 7 дней в одно и то же время (12.00). Спустя 3 часа после введения маркера проводился трехкратный забор крови в количестве 1 мл путем пункции подкожных вен ушной раковины с временным интервалом в 60 мин (15.00, 16.00, 17.00). Радиоактивность крови определяли с помощью гамма-счетчика «Наркотест».

У интактных кроликов уровень суммарной радиоактивности в пробах крови не превысил фонового значения (25–47 и 20–30 Бк, соответственно). Проведенные исследования показали, что этот показатель у экспериментальных животных превышал фоновый уровень, начиная со 2–3 суток, возрастая к 7 суткам в среднем в 3,3 раза.

Таким образом, по мере развития модели перитонита проницаемость кишечной стенки для меченных РФП фрагментов микробных тел значительно увеличивается, чем подтверждается существенная роль в развитии абдоминального сепсиса транслокации бактерий из просвета кишечника в кровеносное русло.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ*Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)*

В настоящее время основной проблемой в ургентной хирургии и интенсивной терапии остается лечение больных, у которых происходит инфицирование пораженных участков поджелудочной железы (ПЖ) при остром деструктивном панкреатите (ОДП) с дальнейшим развитием неотграниченного распространенного гнойного перитонита и деструктивных процессов в органе, когда очаг или источник инфекции не может быть ликвидирован или локализован в один этап, в ходе одной операции. Даже после устранения или ограничения источника инфицирования, санации обширной поверхности брюшины и активного дренирования брюшной полости, метаболической и массивной антибактериальной терапии у каждого второго больного в различные сроки послеоперационного периода развиваются некорректируемый инфекционно-токсический шок (ИТШ) и выраженная полиорганная недостаточность (ПОН), при которых летальность достигает 60–80 %. Согласно современным представлениям, абдоминальный сепсис (АС) является системной воспалительной реакцией организма в ответ на развитие первоначально деструктивного процесса в органах брюшной полости и/или забрюшинного пространства. Особенности течения АС при ОДП являются: наличие множественных или резидуальных очагов инфекции, полимикробное инфицирование, резистентность к традиционным методам хирургического лечения, быстрое развитие ИТШ и ПОН в разные сроки до- и послеоперационного периода, быстрое включение энтерогенного источника интоксикации (транслокация бактерий и токсинов), большая частота фатальных септических осложнений и, как следствие перечисленного, высокая летальность. За период с 1994 по 2004 гг. в клинике факультетской хирургии находились на лечении 160 больных острым деструктивным панкреатитом. Течение заболевания осложнилось присоединением гнойно-септических осложнений (ГСО) в 44,3 % случаев (71 больной). Диагноз «абдоминальный сепсис», согласно критериям АС был установлен (или мог быть установлен) у 42 (59,2 %) пациентов. Основными опорными моментами в лечении этой группы больных являлись адекватная хирургическая санация очагов инфекции, рациональная антибактериальная

терапия и проводимая с 2001 г. коррекция иммунных нарушений. Все больные были оперированы полуоткрытым методом с наложением оментобурсостомы, выполнением широкого полидренирования брюшной полости и забрюшинного пространства, что дает возможность многократных санаций гнойных очагов, создания условия для достаточного оттока отделяемого и проведения перитонеального лаважа. Одновременно подобные методики снижают риск потенцирования назокомиальных инфекций, уменьшают возможность развития травматических кровотечений и свищей по сравнению с открытыми методами хирургического лечения. Стратегия антибактериальной терапии строилась во многом на основе рекомендаций IX Всероссийского съезда хирургов (г. Волгоград, 20–22 сентября 2000 г.). Основной стартовой комбинацией препаратов в 85,7 % случаев (36 больных) являлось сочетание офлоксацина (800 мг/сут.) и метрагила (1,0 г/сут.). Это сочетание, обладая достаточной пенетрацией в ткани ПЖ, воздействует практически на весь спектр микроорганизмов, могущих являться причиной развития ГСО и АС, в то же время оставляя возможности для маневра и смены режимов терапии. Однако при изначально тяжелом течении ОДП, когда сумма баллов по шкале Ranson составляет более 3 баллов, целесообразнее начинать антибиотикотерапию с применения цефалоспоринов IV поколения (цефипим) в сочетании с метронидазолом и карбапенемов (тиенам), что и было применено у 8 пациентов (14,3 %). Послеоперационная летальность без учета объема поражения железы составила 66,7 % (24 больных). С 2001 года в практику клиники нами была внедрена методика коррекции иммунного статуса при ДП рекомбинантным ИЛ-2 (Ронколейкин). Иммуно-терапия рекомбинантным ИЛ-2 проводилась 23 (54,7 %) больным с АС. Летальность в этой группе больных составила 39,1 % (9 человек), что в 1,7 раза меньше, чем аналогичные показатели в группе больных без иммунной поддержки (68,2 %, 13 пациентов). Таким образом, абдоминальный сепсис при ОДП — тяжелое, но отнюдь не фатальное осложнение, при котором сочетание адекватных методов оперативного лечения и консервативной терапии дает надежду на благоприятный исход даже у самых тяжелых больных.

А.М. Сухоруков, А.А. Дударев, Е.А. Попова, А.А. Попов, А.Е. Попов, В.Н. Большаков,
Д.В. Фокин

МЕСТО ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ИММУНОФАРМАКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

*Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)
Городская клиническая больница № 20 (Красноярск)*

Острые гнойно-деструктивные заболевания легких — одна из актуальных проблем современной пульмонологии. В последние годы число больных с данной патологией возросло. Частота абсцессов легких, осложненных пиопневмотораксом, кровотечением, сепсисом выросла за последние годы с 15,8 до 63,6 %, летальность — от 1,6 до 15,6 %, а при осложненных формах она достигает 54 %.

Благодаря комплексной терапии можно значительно повысить эффективность лечения острых гнойно-деструктивных заболеваний легких, снизить количество тяжелых осложнений и процент перехода в хроническую форму. Однако исследования, проведенные в легочном центре ГКБ № 20, позволили выявить наличие вторичного клеточного иммунодефицитного состояния различной степени тяжести у хирургических больных уже при поступлении в стационар. Кроме того, антибиотики, особенно пенициллинового ряда, снижают активность компонентов комплемента в сыворотке крови больного. При этом степень инактивации зависит от дозы и длительности применения антибиотиков. Таким образом, хотя антибактериальная терапия при традиционном лечении может сопровождаться клиническим выздоровлением, убивая возбудителей, однако иммунологическая недостаточность при этом не устраняется или даже усугубляется. Возбудитель персистирует, гнойный процесс продолжается. Он может поддерживаться любыми другими условно патогенными возбудителями, от которых уберечь больного невозможно.

Исходя из выше сказанного, в состав комплексной интенсивной терапии мы включили методику экстракорпоральной иммунофармакотерапии (ЭИФТ) иммунофаном.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проведены у 25 хирургических больных со следующей патологией: острый абсцесс легкого, гангрена легкого, острая тотальная

эмпиема плевры. Большинство больных были направлены в легочный центр из терапевтических отделений, где находились в течение 3—4 недель и, конечно же, получали антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности возбудителя к антибиотику. Всем больным было проведено три сеанса ЭИФТ иммунофаном с интервалом 2 суток. Изучались показатели клеточного и гуморального звена иммунитета, а также активность фагоцитоза, которые определялись при поступлении больного в торакальное отделение и через сутки после третьего сеанса ЭИФТ иммунофаном.

Анализ полученных результатов показал, что все больные поступали в состоянии клеточного Т-иммунодефицита 2—3 степени тяжести, при этом в 2—3 раза ниже нормы был ИРИ, отмечалось выраженное угнетение фагоцитоза (ФИ в 1,5—2 раза ниже средних нормальных величин), значительное повышение ЦИК и АБОК. Содержание иммуноглобулинов классов G, M, A находилось в пределах физиологических колебаний.

Проведение ЭИФТ иммунофаном позволило нормализовать показатели Т-клеточного иммунитета, оптимизировать ИРИ. Показатели ФИ, ЦИК, АБОК находились в пределах физиологической нормы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, гнойно-деструктивные заболевания легких сопровождаются развитием тяжелого иммунодефицитного состояния. Дополнение комплексной интенсивной терапии экстракорпоральной иммунофармакотерапией иммунофаном позволило в ближайшие сроки оптимизировать иммунный статус, о чем свидетельствуют цифры абсолютного количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов, ИРИ, позволило эффективно активировать фагоцитоз (что привело к элиминации ЦИК и АБОК из плазмы крови), восстановить функциональную активность иммунной системы.

К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

*Стационар городского центра колопроктологии (Красноярск)
Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)*

В данном материале приводится краткий статистический анализ централизованной специализированной экстренной колопроктологической помощи.

С 1993 г. колопроктологическая служба г. Красноярска была реорганизована. Создан городской центр колопроктологии, состоящий из поликлинического и стационарного звена. Последнее организовано на базе II хирургического отделения городской клинической больницы № 20. Согласно утвержденному регламенту вся стационарная колопроктологическая помощь, как экстренная, так и плановая, в т.ч. и онкоколопроктология, всему населению г. Красноярска (900 000 жителей) должна оказываться в стационаре ГЦК. Причем была введена экстренная круглосуточная централизованная колопроктологическая помощь всему населению города по всем дням недели. Стационар рассчитан на 45 коек.

Анализ проводился в сравнении: 1990 – 1992 гг. до организации центра (когда отделение было специализировано, но не было централизации колопроктологической помощи) и 1993 – 2004 гг. (после создания центра), а также в сравнении с плановой помощью (табл. 1).

В течение последних 6 лет отмечается постоянная тенденция к росту количества больных при-

мерно на 30 человек в среднем за год, причем почти полностью за счет экстренных больных. Процентное соотношение количества экстренных и плановых больных в последние 2 года соотношение стало практически 50 : 50. Среднее количество операций за год также растет, превышает 1100, также большей частью за счет экстренных операций.

ВЫВОДЫ

1. Работа городского центра колопроктологии показывает преимущества экстренной специализированной помощи. Концентрация больных позволяет применить современные технологии у большего количества больных, повысить профильность, оперативную активность, процент радикальных операций при различной патологии толстой кишки, в т.ч. при онкопатологии.

2. В последние годы отмечается неуклонный рост осложненных форм рака толстой кишки, а также дивертикулярной болезни ободочной кишки, неспецифического язвенного колита и болезни Крона.

3. Только в условиях специализированного отделения удается снизить процент послеоперационных осложнений и летальности, особенно у категории экстренных больных.

Таблица 1

Параметры	1990–1992			1993–2004		
	план	экстр.	всего	план	экстр.	всего
Среднее количество больных за год	634	253	887	595	510	1105
Соотношение количества плановых и экстренных больных, %	71,5	28,5		53,9	46,1	
Профильность отделения, %	94,6	69,8	87,3	99,6	97,8	98,8
Среднее количество операций за год	467	195	671	499	492	991
Оперативная активность, %	75,1	77,1	75,6	83,9	96,5	89,7
Средний процент послеоперационных осложнений	3,71	9,91	5,51	3,24	2,40	2,80
Среднее количество умерших больных за год	5,3	12,0	17,3	6,5	15,6	22,6
Средняя летальность за год, %	0,84	4,75	1,95	1,1	3,08	2,01

Таблица 2

Доля основных нозологических единиц в общем количестве экстренных больных

Нозологическая единица	%	Нозологическая единица	%	Нозологическая единица	%
Острый парапроктит	36,1	CANCER	9,5	Дивертикулярная болезнь	2,8
Геморрой	15,8	Колиты	4,2	Н.Я.К. и болезнь Крона	1,4
Нагноившийся ЭКХ	13,6	Травма	3,3	Прочие	13,3

ЭНДОСПЛЕНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

Кузбасский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Кемерово)
Кемеровская государственная медицинская академия (Кемерово)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эффективность эндоспленэктомии (ЭСЭ) в лечении заболеваний системы крови (ЗСК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 100 пациентов, перенесших спленэктомию по поводу ЗСК: иммунной тромбоцитопении (ИТП), аутоиммунной гемолитической анемии (АИГА), наследственной гемолитической анемии (НГА), апластической анемии (АА). В группу клинического контроля (группа 1) вошли 72 больных, которым была выполнена конвенциональная спленэктомия (КСЭ) через верхне-срединную лапаротомию.

Основную группу (группа 2) составили 28 больных, перенесших ЭСЭ. Показания к операциям представлены в таблице 1.

Изучали ближайшие и отдаленные клинические и гематологические результаты операций.

1. Ближайшие – продолжительность операции, интраоперационная кровопотеря, интраоперационные осложнения, ранние (в срок до 1 месяца после операции) послеоперационные осложнения, первичный гематологический ответ при ИТП и АИГА, летальность.

2. Отдаленные – поздние послеоперационные осложнения, гематологические результаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные о ближайших результатах операций представлены в таблице 2.

Как следует из таблицы, продолжительность операций и их гематологическая эффективность достоверно не отличались в рассматриваемых

Таблица 1

Показания к операции спленэктомии

Показания к операции	Группа 1	Группа 2	Всего
ИТП	52	15	67
АИГА	13	8	21
НГА	7	2	9
АА	–	3	3
Всего	72	28	100

Таблица 2

Ближайшие результаты КСЭ и ЭСЭ

Показатель	Группа 1	Группа 2
	n = 72	n = 28
Длительность операции, мин.	73,3 ± 16,9	89,2 ± 21,4
Интраоперационная кровопотеря, мл*	516,2 ± 69,8	295,0 ± 62,4
Интраоперационные осложнения	5 (6,9%)*	0 (0%)*
в т.ч.: кровотечение	2	0
повреждение диафрагмы	2	0
повреждение ПЖЖ	1	0
Осложнения раннего п/о периода	13 (18,1%)*	2 (7,1%)*
в т.ч.: кровотечение	4	1
панкреатит	2	0
эвентрация	1	0
раневая инфекция	4	0
пневмония	2	0
жидкостное скопление в ложе селезенки	0	1
Летальные исходы	2 (2,7%)*	0 (0%)*
Первичный гематологический ответ:		
АИГА и ИТП	65 (100%)	23 (100%)
АА	0	2 (66,6%)

Примечание: ПЖЖ – поджелудочная железа; * – различия статистически достоверны.

Отдаленные результаты КСЭ и ЭСЭ

Показатель	Группа 1	Группа 2
	n = 49	n = 23
Поздние хирургические осложнения	7 (14,3 %)	0 (0 %)
в т.ч.: послеоперационная грыжа	3	0
лигатурные свищ	3	0
лигатурная гранулема	1	0
Гематологич. результаты:		
ремиссия	39 (79,6 %)	20 (87,0 %)
хороший эффект	1 (2,0 %)	0
удовлетворительный	6 (12,3 %)	2 (8,7 %)
неудовлетворительный	3 (6,1 %)	1 (4,3 %)
Летальность от основного заболевания	3 (6,1 %)	1 (4,3 %)

группах. В то же время в группе 1 достоверно выше были: объем интраоперационной кровопотери, количество интраоперационных осложнений и осложнений раннего послеоперационного периода, летальность. Особенно опасными были послеоперационные кровотечения, два из которых потребовали релапаротомии, а одно привело к летальному исходу. Развившийся панкреатит в одном случае повлек за собой смерть от инфицированного панкреонекроза, сепсиса. В целом гнойно-септические осложнения развились у 7 пациентов группы 1, в группе 2 они не встречались. Жидкостное скопление в ложе селезенки у пациента группы 2 было ликвидировано дренированием под ультрасонографическим контролем.

Изучение отдаленных гематологических результатов КСЭ и ЭСЭ (табл. 3) продемонстриро-

вало высокую клиническую эффективность обоих вариантов спленэктомии. Поздние хирургические осложнения встречались только в группе 1. Все они были обусловлены видом операционного доступа (лапаротомия) и возникали в результате инфекции в области хирургического вмешательства. Использованный в группе 2 лапароскопический вариант операции позволил избежать подобных осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЭСЭ — высокоэффективная технология, по гематологическим результатам соответствующая КСЭ, но значительно более безопасная. В данной методике заложен значительный потенциал, позволяющий рекомендовать ее к более широкому применению при хирургической коррекции ЗСК.

В.Е. Хитрихеев, Н.Б. Горбачев, Э.З. Гомбожапов, Ж.Б. Очиров, Б.В. Цыбжитов, А.И. Петрунов

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Улан-Удэ)*

Острый панкреатит в настоящее время является одной из наиболее важных проблем экстренной хирургии. Среди ургентных заболеваний органов брюшной полости панкреатит занимает третье место. Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании патогенетически обоснованной интенсивной терапии, антибиотикотерапии и миниинвазивных методов хирургического лечения, общая летальность при тяжелом панкреатите на протяжении последних 40 лет сохраняется на одном уровне, составляя от 3,9 до 21 % и достигая при инфицированном панкреонекрозе 85 %, а при «фульминантном» течении заболевания — 100 %.

В задачи хирургического лечения острого панкреатита как правило входит устранение воспали-

тельного очага, особенно гнойного или некротического, обеспечение свободного оттока желчи и панкреатического сока.

Нами проанализированы результаты комплексного лечения больных острым панкреатитом, получавших стационарное лечение в ГК БСМП г. Улан-Удэ за период 1996 — 2004 гг. В 1996 г. находилось на лечении 95 больных (7,5 %), в 1997 г. — 145 (7,5 %), в 1998 г. — 156 (9,0 %), в 1999 г. — 176 (8,5 %), в 2000 г. — 200 (10 %), 2001 г. — 209 (10,7 %), 2002 г. — 272 (13 %), 2003 г. — 255 (12,5 %), 2004 г. — 250 (11 %). Всего находилось на лечении 1 758 больных острым панкреатитом, что составило около 10 % от общего количества поступивших в хирургический стационар.

Виды оперативных вмешательств

Виды оперативных вмешательств	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Операция/ лет. исход
Лапаротомия, санация и дренирование сальниковой сумки	1	2/1*	2	1	2	1	3	6	3	21–9,6 % / 1–14,2 %
Лапаротомия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	1	2/1 *	2	3	2	2/1*	5	5	4/1*	26–11,9 % / 3–11,5 %
Лапаротомия, холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	5/1*	7/2*	8/1*	7/1*	6/1*	7/1*	3	4/1*	5/3*	52–23,8 % / 11–21,1 %
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Вишневскому, корпорокаудальная резекция поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости	–	–	2/2*	–	–	–	3/1*	2	1	8–3,6 % / 3–37,8 %
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, сальниковой сумки, брюшной полости	2	5/1*	6/1*	2/1*	6/1*	2	6/2*	6/1*	5/1*	40–18,5 % / 8–20 %
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду, дренирование сальника сумки, дренирование брюшной полости	1	1	2/1*	2	3	2/1*	2	3	3	19–8,7 % / 2–10,5 %
Лапароскопия, дренирование брюшной полости	4	6	5	7	2	7	8	7	8	52–23,8 %
Всего	14	23	27	22	21	21	30	33	27	218/ 28-12,8 %

Примечание: * – количество летальных исходов, (1) – процентное соотношение летальных исходов от количества оперативных случаев.

Актуальность работы обусловлена высоким процентом указанной патологии в структуре экстренных хирургических заболеваний, высоким процентом летальности – 10–80 % при деструктивных формах и тем, что подавляющее большинство больных острым панкреатитом составляет население трудоспособного возраста. Наблюдается увеличение числа больных молодого и трудоспособного возраста: до 20 лет поступило 57 пациентов (3,4 %), в группе больных 21–40 лет – 752 пациента (42,7 %), в группе 40–60 лет – 706 больных (40,1 %), а свыше 60 лет – 243 пациента (13,8 %), то есть идет «омоложение» острого панкреатита. При этом, по времени до госпитализации больные распределялись следующим образом: в сроки до 12 ч от начала заболевания поступило 377 больных (21,6 %), от 12 до 24 ч – 365 (20,7 %) и свыше 24 ч – 1 016 больных (57,7 %). Отсюда видно, что наблюдается поздняя госпитализация больных, что, несомненно, сказалось на эффективности и результатах лечения.

Всем больным проводилась интенсивная комплексная терапия по разработанной общепринятой методике. Проводимая терапия оказалась эффективной и привела к выздоровлению без оперативного вмешательства у 1 540 (87,6 %) больных. Ввиду отсутствия эффекта от консервативной терапии и дальнейшего ухудшения состояния было оперировано 218 больных, что составило 12,4 %.

Из таблицы видно, что в основном применялись комплексные операции, направленные на разгрузку желчевыводящей и панкреатической системы. Из органоносящих операций произво-

дились корпорокаудальные резекции поджелудочной железы (8 случаев).

Послеоперационная летальность обусловлена явлениями нарастающей интоксикации и полиорганной недостаточности. У всех этих больных была деструктивная форма панкреатита. Острый деструктивный панкреатит не ограничивается поражением самой поджелудочной железы и, как правило, сопровождается разнообразными полиорганными осложнениями.

ВЫВОДЫ

1. Острый панкреатит в структуре экстренных хирургических больных занимает в среднем 10 %.

2. Отмечается тенденция ежегодного увеличения больных с острым панкреатитом в структуре экстренной хирургической патологии.

3. В лечении больных острым панкреатитом оправдала себя консервативно-выжидательная тактика: в ранней фазе заболевания в основном должна проводиться интенсивная консервативная терапия, направленная на купирование патологического процесса в поджелудочной железе, выведение больного из состояния панкреатогенной токсемии, предотвращение и лечение панкреатогенного шока.

4. Тактика и результаты хирургического лечения зависят от распространенности и глубины поражения некроза, от времени проведения операции и от тяжести сопутствующего заболевания.

5. Летальность при лечении острого панкреатита составила 12,8 %, что соответствует общероссийским показателям.

Н.Г. Хорев, О.А. Пелеганчук, Э.В. Боровиков, В.В. Свистун

ДЕКОМПРЕССИЯ И ДЕСИМПАТИЗАЦИЯ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)
Отделенческая клиническая больница ст. Барнаул (Барнаул)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка хирургического метода лечения хронической вертебро-базиллярной недостаточности (ХВБН), как альтернативы консервативного лечения

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Прослежена эффективность хирургического лечения синдрома позвоночной артерии у двух больных с признаками ХВБН. Для ликвидации симптомов ХВБН использована разработанная в клинике оригинальная операция – декомпрессия и десимпатизация устья позвоночной артерии. Для полноты дооперационной диагностики и выбора стороны реконструкции учитывались клинические данные, а также информация, полученная при проведении дуплексного сканирования экстра- и интракраниальных артерий, каротидной артери-

ографии, спиральной компьютерной томографии с контрастированием брахиоцефальных сосудов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При рассмотрении ближайшего послеоперационного периода у обоих больных отмечено снижение симптомов вертебро-базиллярной недостаточности: уменьшилось головокружение с шаткостью походки, купированы головные боли, улучшилась острота зрения. Из осложнений у одного больного отмечен приходящий синдром Горнера, который купирован консервативными мероприятиями.

ВЫВОДЫ

Операция декомпрессии и десимпатизации устья позвоночной артерии является эффективным методом лечения ХВБН, альтернативным консервативной терапии.

И.А. Хорошилов, А.Г. Соколович, Е.В. Деринг

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ В ТОРАКАЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ККБ № 1 С 1982 ПО 2004 ГГ.

Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Усовершенствование тактики лечения и техники оперативного вмешательства с целью профилактики послеоперационных осложнений и улучшения непосредственных и отдаленных результатов у больных с рубцовыми стенозами трахеи.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 1982 по 2004 г. в торакальном отделении ККБ № 1 на лечении по поводу рубцового стеноза трахеи находилось 148 больных в возрасте от 4 до 74 лет. Из них женщин 50 (33,7 %), мужчин 98 (65,3 %).

Наиболее часто рубцовый стеноз локализовался в верхней трети – 81 (54,7 %), в средней трети – 38 (25,6 %) и в нижней трети трахеи – 29 (19,5 %). Из 148 больных 127 (85,8 %) госпитализированы со II–III степенью рубцового сужения, причем у 12 (8,1 %) из них диагностирована полная окклюзия трахеи.

В качестве главного метода инструментальной диагностики использовали фибрларинготрахеос-

копию. Данный метод позволил выявить рубцовый стеноз, определить его локализацию, протяженность и установить выраженность воспалительного процесса. При необходимости процедуру переводили в эндоскопическую операцию.

Показания к хирургическому лечению рубцовых стенозов трахеи установлены у 45 (30,5 %) больных, которым произведена резекция трахеи. Для циркулярной резекции трахеи применяем стандартную методику (Перельман М.И., 1972) и методику в нашей модификации. У 11 больных первой группы наложение анастомоза производили по нашей методике, а у 34 больных второй группы применили стандартную методику.

Летальных исходов не было в обеих группах. У 11 больных первой группы послеоперационных осложнений не отмечено. У 5 больных второй группы послеоперационный период также протекал гладко, дыхательных нарушений не отмечалось. У 29 больных второй группы в послеоперационном периоде возникли послеоперационные осложне-

ния, такие как несостоятельность, анастомозит, рецидив рубцового сужения, парез голосовых связок, свищ. Через 2–3 недели после операции большим обеих групп проведено эндоскопическое исследование, во время которого признаков стеноза не обнаружено, диаметр трахеи в области анастомоза составлял от 0,8 до 1,0 см.

Отдаленные результаты изучены у 29 больных, оперированных по стандартной методике, в сроки от 6 до 12 месяцев. При контрольной трахеоскопии у 2 больных признаков рестенозирования не было выявлено, у 27 пациентов диаметр трахеи составил от 0,5 до 0,6 см, им было произведено бужирование от 2 до 4 раз. У больных, оперированных по нашей методике, в отдаленные сроки от 4 до 6 месяцев признаков рестенозирования не выявлено. Все больные выписаны без признаков дыхательной недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, циркулярная резекция трахеи в нашей модификации позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения. Даже при обширных резекциях трахеи полной несостоятельности швов трахеи не отмечалось, а в случаях частичной несостоятельности потребовалось лишь консервативное лечение. Данный способ профилактики несостоятельности анастомоза позволяет снизить до минимума натяжение тканей в области самого анастомоза, что предупреждает развитие нарушений микроциркуляции с явлениями микротромбоза и ишемии тканей и вследствие этого развитие несостоятельности в зоне анастомоза. Все это способствует благоприятному течению репаративных процессов.

С.П. Чикотеев, Н.Г. Корнилов, М.В. Прокопьев, В.В. Щапов, А.В. Мельник, С.М. Елисеев

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КИСТОЗНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В КИСТУ

*НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)*

Одним из опасных для жизни пациента осложнений хронического кистозного панкреатита является аррозивное кровотечение в полость кисты. За последние 5 лет с 2000 по 2004 годы в клинике находилось на лечении 415 больных с диагнозом хронический панкреатит. За период 2003–2004 гг. – 240 пациентов. Прооперировано 79 (32,9 %) пациентов с выполнением операций различного объема.

У 7 (1,7 %) пациентов было диагностировано кровотечение в полость кисты поджелудочной железы. Клинические признаки этого осложнения следующие: быстрое увеличение в размерах кисты, пальпаторно киста приобретает признаки напряженной: становится плотно-эластической консистенции и резко-болезненной при пальпации. При аускультации в ряде случаев над кистой выслушивается грубый систоло-диастолический шум. Выраженное усиление болевого синдрома плохо поддается действию анальгетиков, парапанкреальная новокаиновая блокада по Роману не приносит ожидаемого эффекта.

При постановке диагноза «кровотечение в полость кисты при хроническом кистозном панкреатите» мы выполняли ангиографическое исследование по экстренным показаниям, проводили целиакографию и мезентерикографию.

При ангиографии у трех пациентов выявлено кровотечение в полость кисты из селезеночной артерии, в двух случаях – при расположении кисты

в хвосте поджелудочной железы, и в одном случае – в головке железы.

В двух случаях отмечено кровотечение в кисту головки поджелудочной железы из гастродуоденальной артерии, здесь как первый этап лечения была проведена эндоваскулярная эмболизация гастродуоденальной артерии.

У одного пациента было диагностировано кровотечение в полость кисты головки поджелудочной железы из бассейна левой желудочной артерии, у этого пациента попытка эндоваскулярной окклюзии левой желудочной артерии не удалась.

И, в одном случае, мы наблюдали желудочное кровотечение у пациента из цистожелудочного свища, которое самостоятельно остановилось при образовании сгустка в полости кисты хвоста поджелудочной железы и тромбозе селезеночной артерии, что было выявлено при проведении ангиографии.

Всем пациентам после выполнения ангиографического исследования было выполнено оперативное вмешательство различного объема, по срочным показаниям с обязательным прошиванием сосуда, явившегося источником кровотечения. Эндоваскулярная окклюзия гастродуоденальной артерии, выполненная перед операцией, позволила избежать ожидаемой в таком случае массивной кровопотери.

По нашим данным чаще источником кровотечения в полость кисты является селезеночная ар-

терия. При наличии кровотечения в полость кисты, расположенной в области головки поджелудочной железы, источником кровотечения может быть гастродуоденальная, левая желудочная и селезеночная артерия.

Таким образом, при подозрении на геморрагию в полость кисты при хроническом кистозном

панкреатите срочное ангиографическое исследование наиболее информативный метод диагностики, который должен трансформироваться в лечебную манипуляцию. Материальная окклюзия кровоточащего сосуда может быть окончательным методом гемостаза при наличии абсолютных противопоказаний к операции.

А.И. Цуканов, В.Ф. Байтингер, В.И. Серяков, В.А. Мосеев

ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКА ТРАНСПЛАНТАТОМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

**НИИ микрохирургии ТНЦ СО РАМН (Томск)
Областная клиническая больница (Томск)**

Проблема пластики мочеточника при его вовлечении в онкологический процесс или в зону постлучевого фиброза, а также травматических повреждениях с образованием дефекта является одной из наиболее злободневных и нерешенных в повседневной урологической практике (Клифорд Р., 1999; Kato H., Igawa Y., 2002).

Цель нашей работы состояла в разработке способа пластики мочеточника червеобразным отростком.

Сущность метода заключается в ретроградной мобилизации аппендикса и его брыжейки (классическая аппендэктомия), с последующим перемещением трансплантата червеобразного отростка на сосудистой ножке через окно в брюшине в забрюшинное пространство, и наложением анастомозов между мочеточником и трансплантатом. Методика анатомически разработана на 16 трупах (Цуканов А.И. с соавт., 2003) и клинически апробирована у больного Г., 18 лет, с диагнозом: гидронефротическая трансформация правой почки, протяженная стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента (срок послеоперационного наблюдения — 12 мес.).

Контрольное обследование пациента через год после транспозиции червеобразного отростка в верхнюю треть правого мочеточника (видеоуретероскопия) показало наличие хорошего просвета в трансплантате, отсутствие стриктур в зоне уретеро-аппендикулярных анастомозов и признаков воспаления слизистой кишечной трубки. Отросток реагировал резким спастическим сокращением в ответ на повторное введение тубуса эндуретероскопа. Морфологическое исследование биоптата слизистой трансплантата червеобразного отростка (окраска по Ван-Гизону, гематоксилин-эозин, выявление кислых гликозаминогликанов (метод Хейла), ШИК-реакция с докраской ядер толуидиновым синим (метод Самсонова)) показало отсутствие признаков воспали-

ния в слизистой. Структурная перестройка ее в условиях мочеточка характеризуется уменьшением количества кишечных крипт, отсутствием бокаловидных клеток и уплощением покровного эпителия. В подслизистой основе сохранились многочисленные лимфоидные узелки с лимфоцитарной инфильтрацией, множество кровеносных и лимфатических капилляров с умеренно расширенными просветами.

Мы считаем, что примененный нами способ пластики мочеточника имеет преимущества по сравнению с другими известными способами: 1 — минимальная травматизация пищеварительной системы при заборе трансплантата червеобразного отростка; 2 — изоперистальтическая трансплантация червеобразного отростка способствует появлению перистальтики мочеточника и улучшению пассажа мочи, что в свою очередь улучшает функциональные показатели почки; 3 — сопоставимость диаметров трансплантата червеобразного отростка и мочеточника, что упрощает механизм наложения анастомозов; отсутствие образования рубцовых стриктур в зоне наложения анастомозов (в динамике); 4 — морфологическая адаптация (перестройка) слизистой кишечной трубки в условиях мочеточка; 5 — сохраняется лимфатическая взаимосвязь трансплантата червеобразного отростка и тонкого кишечника; 6 — более легкое течение послеоперационного периода при данном способе, чем при пластике мочеточника участком тонкой кишки.

Высокая сократительная активность аппендикса, склонность его к длительному спазму даже через год после транспозиции в мочеточник может способствовать процессу камнеобразования. В программу профилактики этого осложнения мы включили новый антиму斯卡риновый препарат ролциверин, характеризующийся оптимальным балансом между нейротропным и миотропным эффектами.

С.Г. Цыбиков, А.С. Коган

ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРЕДПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖАХ

*НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Дорожная клиническая больница ВСЖД (Иркутск)*

Частота неудач при паховых грыжесечениях различными способами заставила хирургов искать методы адекватной коррекции анатомических нарушений, возникших в процессе рецидива грыжи. Отказ от герниопластики с укреплением передней стенки пахового канала позволил сократить число таких осложнений. Пластика задней стенки пахового треугольника из предбрюшинного доступа по L.M. Nyhus, на наш взгляд, позволила решить проблему рецидивов заболевания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ результатов предперитонеальной герниопластики по методике Nyhus при рецидивных грыжах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы истории болезни и амбулаторные карты, анкеты 76 пациентов, оперированных с рецидивными паховыми грыжами. На анкеты ответили и были приглашены на осмотры 42 пациента (55 %). Это были лица, имеющие жесткую привязку к ведомственной медицине, регулярно проходящие профессиональные комиссии. В 11 случаях рецидивы были после операции по методу Nyhus, которые были получены в первые годы внедрения данной методики. Повторная операция этим же способом устранила рецидивы окончательно. Всего в 57 случаях (75 %) операции выполнены по способу Nyhus, а в 19 (25 %) — предпочтение отдавалось традиционной методике с укреплением задней стенки. Двум пациентам из-за сложности анатомических взаимоотношений и дефицита собственных тканей, пригодных для реконструкции, выполнена пластика сетчатым трансплантатом по Lichtenstein.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У обратившихся пациентов и по полученным ответам на анкеты ни у одного оперированного больного двумя предложенными вариантами не произошло повторного рецидива грыжи. Большинство пациентов функционально и физически чувствуют себя удовлетворительно. Сроки наблюдения составили от 1 года до 10 лет. Из осложнений в послеоперационном периоде наиболее часто встречались гематомы послеоперационной раны (9,5 %), причиной их послужило повреждение мелких сосудистых веточек при доступе в предбрюшинное пространство. Инфильтрат передней брюшной стенки в послеоперационной зоне выявлен у 4,8 % пациентов. Вследствие травматизации семенного канатика при трудной мобилизации грыжевого мешка от его элементов у 2,4 % пациентов выявлен посттравматический орхоэпидидимит. Все операции выполнены под общим обезболиванием, что в условиях полной релаксации позволяет максимально высоко резецировать грыжевой мешок, создавая после этого в брюшине эффект обратной воронки.

ВЫВОДЫ

Эффективность предлагаемого метода заключается в нетрадиционном оперативном доступе, проходящем вне зоны ранее скомпрометированных тканей. Он универсален при лечении прямых, косых и рецидивных грыж. Отвечает принципам пластики «без натяжения». При сшивании подвздошно-лобковый тяж с нижней кромкой поперечной фасции и поперечной мышцы устраняется дефект в задней стенке пахового промежутка высотой не более 1 – 1,5 см. Тем самым радикально устраняется первичный локус грыжеобразования — глубокое паховое кольцо.

К.Г. Шаповалов, В.А. Сизоненко, Е.Н. Бурдинский, М.И. Михайличенко

ВЛИЯНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ

Городская клиническая больница № 1 (Чита)

Изменения в системах свертывания крови и фибринолиза являются важными звеньями патогенеза отморожений конечностей. Развитие ДВС-синдрома приводит к увеличению зоны некроза тканей

и увеличению риска тромбоэмболических осложнений. Вместе с тем динамика показателей системы гемостаза может использоваться в качестве объективного критерия эффективности проводимой терапии.

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния продленных регионарных блокад на динамику показателей системы гемостаза у больных с отморожениями.

Исследования проведены у 15 пациентов с острой местной холодовой травмой, поступивших в дореактивном и раннем реактивном периодах. В 11 случаях выполнялась катетеризация перидурального пространства для проведения продленной блокады. Еще четырем пациентам проводились повторные блокады плечевых сплетений. В качестве анестетика применялся 2% раствор лидокаина. Данная методика использовалась в течение 3–5 дней. Контрольную группу составили 27 больных, у которых по разным причинам регионарная анестезия не проводилась.

У всех больных с отморожениями в раннем и позднем реактивном периоде регистрировались изменения в системах свертывания крови и фибринолиза. Отмечено укорочение АЧТВ и протромбинового времени, повышение уровня фибриногена, задержка фибринолиза, появление положительных реакций на этанол.

При использовании продленных лечебных блокад на 5-е сутки с момента получения травмы относительно контрольной группы отмечалось удлинение АЧТВ на 8 %, снижение уровня фибриногена на 15 %, ускорение фибринолиза на 11 %, в 1,6

раза реже встречалась положительная реакция на этанол.

На 10-е сутки с момента травмы разница исследуемых показателей между группами нивелировалась. В контрольной группе сохранялся более высокий уровень фибриногена, и чаще встречался положительный этаноловый тест.

При использовании продленных лечебных блокад тромбозов и тромбоэмболий не отмечено. В контрольной группе отмороженных данные осложнения встречались у 3 больных.

Кроме того, при использовании регионарной анестезии отмечено более благоприятное течение раневого процесса. Быстрее формировалась зона демаркации, что позволяло выполнять некрэктомию раньше, чем в контрольной группе больных. В результате сокращались сроки стационарного лечения.

Следует также отметить, что скрупулезное соблюдение техники выполнения блокад и правил ухода за катетером позволило нам избежать каких-либо ятрогенных осложнений.

Таким образом, обоснованность использования продленной регионарной анестезии при лечении отморожений в дореактивном и раннем реактивном периодах подтверждается более благоприятной динамикой показателей систем гемостаза и фибринолиза, меньшей частотой тромбоэмболических осложнений, течением раневого процесса.

К.Г. Шаповалов, В.А. Сизоненко, Е.А. Томина, А.А. Герасимов

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОГО ОТВЕТА НА ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ

Городская клиническая больница № 1 (Чита)

Известно, что воспаление является универсальным патофизиологическим процессом, который протекает по одним биологическим законам при различных видах травм и патологий. Нами решено использовать клинические критерии активности системного ответа на воспаление для оценки тяжести интоксикации при отморожениях конечностей.

Для клинической характеристики активности воспалительного процесса и уровня интоксикации в организме мы придерживались общепринятых качественных и количественных характеристик, таких как тахикардия (повышение частоты сердечных сокращений свыше 90 в 1 минуту), тахипноэ (повышение частоты дыхательных движений свыше 20 в 1 минуту), гипертермия (повышение температуры свыше 38 °С), изменение количества лейкоцитов (свыше 12 тысяч в 1 мкл), повышение активности трансаминаз, нарушения ментального статуса.

Оценка параметров проведена у 30 пациентов с отморожениями конечностей III–IV степени в позднем реактивном периоде. В первой группе больных зона некроза ограничивалась пальцами кистей и стоп. Во второй группе отморожения распространялись на более проксимальные сегменты. Результаты приведены в таблице 1.

Таким образом, у больных с отморожениями ответ организма на воспаление имеет системный характер. Степень выраженности реакции зависит от тяжести травмы. Практически у всех пациентов с тяжелыми отморожениями встречаются тахикардия (93 %), гипертермия свыше 38 °С (93 %) и лейкоцитоз (100 %).

Оценка клинических критериев согласуется с динамикой реактантов острой фазы воспаления. У всех больных с отморожениями отмечается повышение уровня β_1 -антитрипсина, β_2 -макроглобулина и оромукоида.

Клинические показатели интоксикации у пациентов с отморожениями

Показатели	Первая группа, n = 15	Вторая группа, n = 15
Тахикардия	5 (33 %)	14 (93 %)
Тахипноэ	2 (13 %)	8 (53 %)
Нарушения ментального статуса	0	4 (27 %)
Гипертермия свыше 38 °С	6 (40 %)	14 (93 %)
Лейкоцитоз или палочкоядерный сдвиг	11 (73 %)	15 (100 %)
Повышение активности трансаминаз	2 (13 %)	7 (47 %)

Пациенты с тяжелыми отморожениями в раннем и позднем реактивном периодах нуждаются в терапии, направленной на купирование чрезмерного системного ответа на воспаление.

Таким образом, по клиническим критериям активности системного ответа организма на воспаление можно судить о степени интоксикации у больных с отморожениями в раннем и позднем реактивном периодах, а также необходимой интенсивности лечения.

А.В. Щербатых, А.А. Бочкарев, П.Е. Крайнюков, С.В. Афанасьев

ТРИПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Целью нашей работы явилась оценка кровотока в артериях желудка и двенадцатиперстной кишки при помощи ультразвуковой доплерографии у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки до консервативного лечения, после применения стандартной терапии и терапии с применением вазоактивных препаратов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Регионарный кровоток изучали у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (n = 12). У всех обследованных диагноз подтвержден при фиброгастроудоденоскопическом исследовании. Возраст больных от 20 до 62 лет. Мужчин было 8, женщин — 4. Статистическая обработка данных велась при помощи пакета «Statistika» версия 5. Регионарный кровоток определяли методом ультразвуковой триплексной эхографии с регистрацией кровотока в *a. gastrica sinistra* и *a. gastroduodenalis*.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. У больных до лечения отмечались изменения в регионарном кровотоке желудка и двенадцатиперстной кишки: при наличии язвенного дефекта в желудке — *a. gastrica sinistra*, в двенадцатиперстной кишке — *a. gastroduodenalis* (были

снижены объемная и пиковая скорости кровотока, увеличены индексы периферического сопротивления RI и PI).

2. При исследовании пациентов после еды показатели кровотока были в среднем на 30 % выше, чем при исследовании натощак у пациентов группы клинического сравнения и на 15 % выше, чем у больных язвенной болезнью.

3. После лечения язвенной болезни с применением стандартных медикаментозных схем в показателях кровотока по сравнению с показателями до лечения значимой разницы не выявлено.

4. После лечения с применением вазоактивных препаратов (курантил, трентал) показатели кровотока увеличивались в среднем на 15—20 % по сравнению с показателями после лечения по стандартной схеме.

ВЫВОДЫ

Увеличение кровотока в среднем на 30 % после приема пищи связано с более интенсивным кровообращением в стенке желудка и двенадцатиперстной кишке. Изменение показателей кровотока в артериях, кровоснабжающих зону язвенного дефекта, говорит о локальных трофических нарушениях в стенке органа. Отсутствие улучшения кровотока после применения стандартных схем лечения говорит о возможности последующих рецидивов и неполной адекватности терапии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И НЕНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

В хирургической практике оперативные вмешательства при паховой грыже остаются одними из наиболее часто выполняемых. Целью исследования явилось изучение эффективности применяемых в настоящее время методик операций при паховых грыжах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашей клинике применяются все виды оперативных вмешательств при паховых грыжах. За 2004 г. доля традиционных вмешательств (E. Bassini, Postempsky, McVay, Shouldice) составляет 61,0 % (58 наблюдений), открытая герниопластика по I. Lichtenstein — 29,4 % (28 наблюдений), лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика по методике J. Corbit и R. Fitzgibbons — 9,45 % (9 наблюдений). Возраст больных варьировал от 19 до 80 лет и в среднем составил $41,2 \pm 7,4$ года. Большую часть оперированных при традиционных способах пластик составили мужчины. Открытая герниопластика по I. Lichtenstein выполнялась только мужчинам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показанием к выполнению открытой герниопластики по I. Lichtenstein считаем рецидивные, большие и гигантские паховые грыжи, пахово-мошоночные грыжи и значительное разрушение задней стенки пахового канала. Также считаем целесообразным выполнение этого вида пластики у пациентов пожилого и старческого возраста. Традиционные вмешательства показаны женщинам, пациентам молодого возраста в связи с тем, что синтетический материал в растущем организ-

ме может привести к функциональным нарушениям и рецидиву грыжи. Мы считаем, что лапароскопическая герниопластика показана мужчинам трудоспособного возраста с небольшими размерами грыжевых ворот, она осуществляется специальным полипропиленовым имплантантом, который фиксируется к тканям степлером без сшивания перитонеальных и мышечно-апоневротических структур. В настоящее время лечение лишь 9,45 % больных с паховой грыжей с помощью лапароскопической методики объясняется высокой стоимостью техники и несколько большей продолжительностью операции, хотя вследствие более короткого пребывания пациента в стационаре и более быстрого возвращения к трудовой деятельности общие расходы на лечение по этой методике снижаются. Длительность операций при использовании различных способов пластики значительно не различается. Послеоперационный период у пациентов с традиционными способами пластики осложнился в 3,4 % наблюдений серомой послеоперационного шва. У пациентов после герниопластики по I. Lichtenstein послеоперационный период в 3,5 % наблюдений осложнился также серомой. Частота осложнений при сравнении различных способов пластик не значима. Рецидива грыж за этот период времени не наблюдали.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, дифференцированный подход к больным с паховыми грыжами позволяет выработать индивидуальную тактику оперативного лечения, что обеспечивает рациональное использование каждой методики с достаточно хорошими отдаленными результатами.

В.В. Юрченко

ВОЗМОЖНОСТИ НАЗОБИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ПЕЧЕНИ

Городская больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича (Красноярск)

Наружное желчеистечение в ранний послеоперационный период после хирургического ушивания травм печени является одним из осложнений, встречающимся, как правило, при неадекватном функционировании холецистостомы. Основным направлением лечения данных состояний является

декомпрессия желчных протоков, достигаемая посредством эндоскопической папиллосфинктеротомии как оперативного вмешательства внутреннего дренирования желчнопротоковой системы. Определенное усиление декомпрессивного эффекта возможно получить установлением назобилиарно-

го дренирования с активной аспирацией желчи, позволяющей не только снизить до минимума давление желчи в протоках, но и достигнуть отрицательного градиента давления. Специфическим моментом проведения эндоскопических вмешательств в данных ситуациях являются незначительные размеры большого дуоденального сосочка и узкий общий желчный проток. Это объясняет необходимость в высокой квалификации эндоскописта, выполняющего папиллосфинктеротомию, и особую конструкцию фиксирующего компонента назобилиарного дренажа (общепринятый способ фиксации за счет антирефлексивных зазубрин и «свиного хвоста» неприемлем из-за незначительного свободного пространства просвета желчных протоков, не позволяющего адекватно раскрыться данному фиксирующему элементу). Предложенный автором назобилиарный дренаж фиксируется за счет дугообразного искривления его дистального конца. Назобилиарный дренаж и активную аспирацию по нему устанавливаем в первые сутки пос-

ле возникновения наружного желчеистечения. При необходимости ретроградным введением контраста можно получить визуализацию желчных протоков и дефекта печени, являющегося причиной желчеистечения. Прекращение наружного желчеистечения достигается на первые-вторые сутки после установления дренирования. Дренаж удаляется на пятые-седьмые сутки после установки, после чего для пролонгации дренирующего эффекта проводим установку эндопротезов гепатикохоледоха. Автором проведено 15 эндоскопических дренирований желчных протоков по вышеназванным показаниям. Осложнений не отмечалось. В одном наблюдении имело место неоднократное формирование перегиба дренажа с прекращением его функционирования, после чего проводилась повторная его установка.

Таким образом, назобилиарное дренирование с активной аспирацией желчи является эффективным лечением наружного желчеистечения после ушиваний травм печени.

В.В. Юрченко

ДИАГНОСТИКА ТРАНЗИТОРНОЙ ГЕМОБИЛИИ

Городская больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича (Красноярск)

Гемобилия является достаточно редко встречающимся в клинической практике синдромом, одной из причин возникновения которого является травма печени. Гемобилия может протекать как в постоянной форме, так и транзиторно. Постоянную форму не представляет труда диагностировать с помощью обычной дуоденоскопии. Несколько сложнее диагностировать транзиторную форму гемобилии, особенно, если у пациента имеют место другие потенциальные источники кровотечения — эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Попадающая на поверхность эрозий или язв кровь может оставлять на ней следы гематина, «симулирующего» кровотечение с поверхности эрозивно-язвенного поражения. Обнаружить транзиторную гемобилию периодически эндоскопическими осмотрами представляется достаточно проблематичным. При данных ситуациях определенную помощь может дать эндоскопическое назобилиарное дренирование. Основная проблема этого способа диагностики — необходимость в проведении эндоскопической папиллотомии. Это вызвано возможностью блокады устья главного панкреатического протока стенкой назобилиарного дренажа. Рассечение сфинктера большого дуоденального сосочка для проведения назобилиарного дренажа в подобных ситуациях не требуется, поэтому папиллотомия должна проводиться максимально осторожно до визуализации

устья главного панкреатического протока. После возникшего в результате папиллотомии разобщения устьев панкреатического и общего желчного протоков поводится назобилиарное дренирование. Назобилиарный дренаж при этом целесообразно проводить до уровня ворот печени и даже на 2–3 см выше с учетом незначительной дислокации его в двенадцатиперстную кишку после удаления эндоскопа. Фиксация дренажа в желчных протоках может осуществляться как зазубринами, так и изменением кривизны его дистального участка, причем второй способ фиксации предпочтительней, так как не повреждает слизистую оболочку дистального отдела общего желчного протока при удалении дренажа. Для ускорения диагностического результата оправдано создание активной аспирации через наружное отверстие назобилиарного дренажа. Наблюдение обычно осуществляется в течение 2–3-х суток. При ретроградном контрастировании желчных протоков, проведенном через назобилиарный дренаж, возможна визуализация дефекта печени, вызывающего гемобилию.

По данному показанию автором проведено в течение 10 лет 8 назобилиарных дренирований. В 5 наблюдениях (62,5 %) была диагностирована гемобилия.

Таким образом, проведение назобилиарного дренирования может служить эффективным методом диагностики гемобилии.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В «БЮЛЛЕТЕНЬ ВСНЦ СО РАМН»

Редакционная коллегия "Бюллетеня ВСНЦ СО РАМН" обращает внимание авторов на необходимость соблюдать следующие правила.

1. Статья должна иметь визу руководителя учреждения, сопроводительное письмо из учреждения, где выполнена работа на фирменном бланке, экспертное заключение о возможности опубликования.

2. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа формата А4. В редакцию направляется магнитный диск с записью статьи в текстовом редакторе Word 6 или выше и один распечатанный экземпляр.

3. Рекомендуемый шрифт — 12 Times New Roman, интервал — одинарный; поля: верх — 2.5; низ — 2; слева — 3; справа — 1. Все рисунки должны быть представлены каждый отдельным файлом в формате TIFF с разрешением не менее 300 dpi. Диаграммы, графики и таблицы должны быть выполнены в Word, Excel или Statistica и представлены отдельными файлами.

4. Объем статей не должен превышать 8 страниц с иллюстрациями, подписями к ним, таблицами, списком литературы и рефератом.

5. В начале первой страницы пишут: индекс УДК; инициалы и фамилию автора (ов); название статьи; учреждение, где выполнена работа; город; реферат на русском языке, ключевые слова на русском языке (не более 4); реферат на английском языке, ключевые слова на английском языке.

Затем идет текст статьи, список литературы, На отдельных листах печатаются таблицы, рисунки, подрисуночные подписи.

6. При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы должны указывать сведения о количестве, видах использованных лабораторных сертифицированных животных, источниках их получения; применявшиеся методы обезболивания и умерщвления животных (строго в соответствии с "Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных", утвержденных приказом МЗ СССР).

7. Статьи экспериментального и клинического характера после короткого введения необходимо снабжать подзаголовками: "Методика", "Результаты", "Заключение" или "Выводы".

8. Изложение статьи должно быть ясным сжатым, без повторений и дублирования в тексте данных таблиц и рисунков. Статья должна быть тщательно выверена авторами. Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть в тексте развернуты.

9. Все цитаты, приводимые в статьях, необходимо тщательно проверить. Должна быть ссылка на пристрастный список литературы.

10. Все термины должны быть унифицированы с учетом Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

11. Сокращение слов, имен, названий (кроме общепринятых сокращений мер, физических и математических величин и терминов) не допускается. Необходимо строго придерживаться международных номенклатур. Единицы измерений даются по системе СИ.

12. В тексте обозначаются места расположения рисунков и таблиц, с указанием номера рисунка или таблицы и их названия.

13. В конце статьи ставятся подписи всех авторов. Необходимо указать фамилии авторов, полностью имя и отчество, должность, ученые степени и звания; полный почтовый адрес (с шестизначным индексом и номер телефона того автора, с которым редакция будет вести переписку).

14. Количество иллюстраций (фотографии, рисунки, диаграммы, графики) должно быть минимальным (не более 3-х монтажей фотографий или рисунков).

Фотографии должны быть прямоугольными, контрастными в формате TIFF (с разрешением не менее 300 dpi), рисунки четкими, диаграммы и графики выполнены в редакторе Word или Excel на компьютере с выводом через лазерный принтер.

Все иллюстрации присылать в одном экземпляре. На обороте фотографии и рисунка карандашом ставится номер, фамилия первого автора, название статьи, обозначается верх и низ.

Микрофотографии необходимо давать в виде компактных монтажей. В подписях к микрофотографиям указывают увеличение, метод окраски. Если рисунок дан в виде монтажа, детали которого обозначены буквами, обязательно должна быть общая подпись к нему и пояснения всех имеющихся на нем цифровых и буквенных обозначений.

Рисунки вкладываются в конверт, на котором пишут фамилию автора и название статьи.

15. Таблицы должны быть наглядными и компактными. Все таблицы нумеруют арабскими цифрами и снабжают заголовками. Предельное число знаков в таблице — 65, включая ее головку, считая за один знак каждый символ, пробел, линейку. Название таблицы и заголовки граф должны точно соответствовать ее содержанию.

16. Библиографические ссылки в тексте статьи даются номерами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы. В оригинальных статьях цитируется не более 15 источников, в передовых статьях и обзорах — не более 30. В список литературы не включаются неопубликованные работы и учебники.

17. Пристатейный список литературы должен оформляться в соответствии с ГОСТом 7.1-8.4 с изменениями от 1 июля 2000 г.

Сокращение русских и иностранных слов или словосочетаний в библиографическом описании допускаются только в соответствии с ГОСТами 7.12-77 и 7.11-78.

18. К статье прилагается реферат, отражающий основное содержание работы, размером не более 15 строк машинописи в 1 экземпляре на русском и английском языках. В реферате на английском языке необходимо указать: название статьи, фамилии всех авторов, полное название учреждения, а также ключевые слова.

19. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять принятые работы. Статьи, направленные авторам на исправление, должны быть возвращены в редакцию не позднее чем через месяц после получения с внесенными изменениями (плюс дискета с исправленной статьей). Если статья возвращена в более поздний срок, соответственно меняется и дата ее поступления с редакцию.

20. Не допускается направление в редакцию статей уже публиковавшихся или посланных на публикацию в другие журналы.

21. Рецензируются статьи редакционным советом.

22. Рукописи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.

23. Не принятые к опубликованию рукописи авторам не возвращаются.

24. Корректурa авторам не высылается и вся дальнейшая сверка проводится редакцией по авторскому оригиналу.

25. Автор полностью несет ответственность за стиль работы и за перевод реферата.

Формат 60×84/8. Бумага офсетная. Сдано в набор 01.05.2005. Подписано в печать 01.06.2005.
Печ. л. 43,5. Усл. печ. л. 40,45. Уч. изд. л. 42,2. Зак. 097-05. Тир. 500.

РИО ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН
(664003, Иркутск, ул. Борцов Революции, 1. Тел. 29-03-37. E-mail: arleon@rol.ru)