

61(06)

В 64

Т. 57

Вып. 4

БОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

61(06)
В 64

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
ВОЛГОГРАДСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Сборник научных трудов,
посвященный 15-летию
кафедры хирургических болезней
педиатрического и
стоматологического факультетов
Волгоградской медицинской академии

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ**

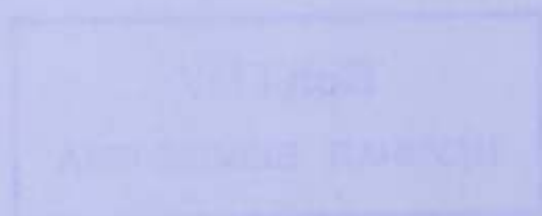
т. 57 выпуск 3

Вол ГМУ
НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА

ВОЛГОГРАД – 2001

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Выпуск 72



Главный редактор - Академик РАМН В. И. Петров.
Ответственные редакторы - д. м. н. проф. В. Б. Писарев,
д. м. н. проф. В. А. Гольбрайх.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
1. Ю. А. Рубайлов. Наш опыт 30-летнего хирургического лечения больных с химическим ожогом пищевода.	6
2. В. И. Петров, Б. В. Краснов, А. И. Саутенко. Применение пикамила и таурина в подготовке больных к пластике пищевода после химических ожогов.	8
3. Ю. А. Рубайлов, А. И. Саутенко, Б. В. Краснов. Тахикинезия искусственного пищевода из илеоколон.	10
4. Ю. А. Рубайлов, Н. Д. Мирзоев, В. А. Голуб, О. И. Маркина, А. Е. Бубликов. Воздействие внутрисосудистой фотомодификации крови на трансплантат из илеоколон при эзофагопластике.	11
5. А. И. Саутенко. Лазерное облучение в комплексном лечении послеожоговых эзофагитов.	16
6. Д. Л. Пиковский. Телеологические аспекты практической хирургии.	18
7. А. М. Шулутко, А. И. Данилов, М. Г. Лашин, В. Г. Агаджанов, Д. В. Пискунов. Характер изменения осложнений хирургического лечения калькулезного холецистита в результате внедрения в практику малоинвазивных оперативных методик.	22
8. А. М. Шулутко, В. И. Семиков, Н. А. Иванов, В. П. Середин, А. В. Горбачева. Тактика врача при многоузловом зобе.	27
9. Б. С. Брискин, А. В. Прошин, Е. В. Кузнецов. Современные подходы к комплексной терапии у больных с осложненными формами синдрома "стопы диабетика".	38
10. А. К. Коровин, С. Б. Базлов, И. Х. Имханиян, Р. М. Гедзюн. Органная гемодинамика при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки.	42
11. С. С. Маскин, В. В. Скоркин, С. И. Цибизов и др. Лапароскопически ассистированная субтотальная резекция желудка: первая операция – первые впечатления.	47
12. С. С. Маскин, А. И. Наумов, В. В. Скоркин и др. Оценка возможности и первых результатов лапароскопически ассистированных операций на толстой кишке.	51

13. С.А.Залеский, С.С.Маскин, В.В.Выступец, А.Ю.Попов, Ю.А.Очнев. Программа интенсивной терапии панкреототогенного перитонита. 53
14. В.А.Гольбрайх, Л.Е.Веровская, Л.Е.Пугачева и др. Эндолимфатическая иммунокоррекция у больных с перитонитом. 57
15. В.А.Гольбрайх, В.Т.Пекарский, В.А. Голуб, Н.Д.Мирзоев и др. Место и методы эндолимфатической терапии в хирургической практике. 61
16. В.Т.Пекарский. К вопросу о профилактике тромбэмболии легочной артерии. 65
17. А.А.Воробьев, Е.А.Барина, А.С.Барин. Новый подход к количественной оценке спаечного процесса в брюшной полости. 67
18. А.А.Воробьев, Е.А.Барикова, Е.Е.Писарева, В.И.Ишанкулов. К вопросу о профилактике послеожоговых спаек. 68
19. Р.Н.Трушкин, А.П.Сергейко. Опыт лечения желудочно-кишечных кровотечений у больных с трансплантируемой почкой и ХПН. 69
20. Р.Н.Трушкин. Магнитотерапия в комплексном лечении язвенной болезни 12-ти перстной кишки у больных с трансплантируемой почкой. 71
21. В.А.Гольбрайх, А.Е.Бубликов, Ю.В.Кухтенко и др. Состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных с хирургической патологией щитовидной железы. 74
22. В.А.Гольбрайх, Ю.В.Кухтенко, А.Е. Бубликов. Комплексная диагностика и лечение больных с узловыми поражениями щитовидной железы. 78
23. Быков А.В., Орешкин А.Ю., Колесников Н.О. Расширение показаний к срочной холецистэктомии при остром холецистите. 81

*“Необходимо стремиться к многомыслию,
а не к многознанию”*

Демокрит

Предисловие

Представленный сборник работ посвящен 15-летию организации кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов Волгоградской медицинской академии. В 1987 году, решением Ученого Совета Волгоградского медицинского института, курс хирургических болезней стоматологического факультета был объединен с кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета. Образованную кафедру возглавил д.м.н. профессор Ю.А.Рубайлов (с 1998 г. зав. каф., д.м.н., профессор В.А. Гольбрайх).

Основным научным направлением кафедры являются хирургическая гастроэнтерология и эндокринология, вопросы urgentной хирургии и эндолимфатической терапии при гнойно – воспалительных заболеваниях органов брюшной полости. В 70 – 80 годах сотрудниками кафедры осуществлен цикл работ, направленных на улучшение лечения больных с химическими ожогами пищевода. По этой тематике защищено 9 кандидатских диссертаций, опубликовано более 70 научных статей, посвященных новым методам диагностики и лечения пациентов с этой патологией (изучение иммунитета, использование ГБО, фотомодификации крови, применение тауфона при рубцовых ожогах пищевода).

Сборник посвящен различным аспектам лечения наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний, патологии щитовидной железы и диабетической стопы. Широкий круг вопросов, освещенных в статьях, связан с различными направлениями хирургических клиник (г.г. Москва, Краснодар, Нижний Новгород). Мы сочли целесообразным включение в сборник работы профессора Д.Л.Пиковского, посвященной новой проблеме: телеологическому мышлению в хирургии, что представляет интерес для широкого круга хирургов и врачей других специальностей.

Редакционная коллегия благодарит всех авторов, нашедших возможность принять участие в сборнике и приславших в редакцию свои статьи.

Наш опыт 30-летнего хирургического лечения больных с химическими ожогами пищевода

*Доктор медицинских наук, профессор Ю. А. Рубайлов
Волгоград*

Рубцовые стриктуры пищевода, развивающиеся вследствие ожога концентрированными растворами кислот и щелочей, имеют в связи с их частотой наибольшее значение среди всех доброкачественных стриктур.

Ожоги пищевода чаще вызываются каустической содой и уксусной кислотой, используемыми в быту и на производстве.

Диагностика рубцового сужения пищевода у большинства больных не вызывает затруднений. Наличие в анамнезе указаний на проглатывание агрессивного вещества и появление дисфагии, позволяют заподозрить возникновение стеноза вследствие ожога пищевода. Рентгенологическое исследование дает возможность получить сведения о форме и локализации сужения, а также контурах суженного участка. Для изучения состояния нижней трети пищевода, кардии и желудка мы применяем метод ретроградной эзофагогастроскопии. Метод заключается во введении через гастростомическое отверстие детского ректоскопа, через который в кардию вводится полиэтиленовый зонд, через которое заливается контрастное вещество и проводят рентгенологическое исследование аборального отрезка пищевода.

Эзофагоскопия, при возможности ее проведения, позволяет точно распознать степень и форму стеноза, границы неизменной слизистой оболочки, а также выявить такие грозные осложнения, как свежие язвы в области стриктуры или развитие рака.

Современная восстановительная хирургия проходимости пищевода обладает огромными возможностями.

Можно с полным основанием утверждать, что в настоящее время ни уровень поражения пищевода, ни даже возраст больного не создают непреодолимых препятствий для хирурга на пути реконструкции этого жизненно важного органа. Речь идет не только о восстановлении питания через рот и об относительно совершенной функции искусственного пищевода, но и о косметической стороне операции.

Эзофагопластика зависит прежде всего от уровня и протяженности поражения пищевода.

При поражении всего пищевода или верхнегрудного или шейного отделов показана тотальная пластика пищевода, для осуществления которой можно формировать трансплантат из тонкой кишки, желудка, ileocolon, или толстую кишку. Каждый из этих видов пластики пищевода имеет свои положительные и отрицательные стороны.

За указанный период времени с химическим ожогом пищевода находились на обследовании и лечении 1758 в хирургических клиниках педиатрического и стоматологического факультетов и клинике им. А.А.Полянцева.

У 1758 больных после проведённой дезинтоксикационной терапии и выхода из кризисного состояния определяли тактику лечения.

У 793 пациентов после проведённой консервативной терапии в сочетании с ГБО и фотодинамической терапией симптомы дисфагии отсутствовали, больные нормально питались и вернулись к трудовой деятельности.

У 465 пациентов консервативную терапию сочетали с бужированием пищевода обычными и рентгеноконтрастными пластиковыми бужами (с проводником-струной) так с положительным результатом.

У 125 больных проведена дилатация пищевода специально разработанным дилатором с использованием специальной мази (пиластин и аманеон) с положительным эффектом в 93,5% процентах случаев.

Оперативное лечение проведено у 375 больных. У 30 выполнена тонкокишечная эзофагопластика, у 32 – эзофагогастропластика и у 313 – эзофагопластика правой половины толстой кишки с терминальным отделом тонкой (илеоколон). У 26 больных произведена предгрудинная эзофагопластика, у 67 – внутриплевральная, у 13 – загрудинно-чресплевральная эзофагопластика, у 207 – загрудинная.

Летальность от различных причин (несостоятельность швов анастомоза, некроз трансплантата, инфаркт миокарда, тромбоз и эмболия) составила 3,4%.

Использование для эзофагопластики илеоколон, на наш взгляд, патогенетически и ангиоморфологически обосновано, учитывая хорошее его кровоснабжение, а также исключительную редкость таких сопутствующих патологических процессов в нём, как специфический и неспецифический колит.

При изучении ближайших и отдалённых результатов эзофагопластики из илеоколон установлено, что сформированный пищевод успешно выполняет предназначенную ему функцию с хорошими показателями у больных при загрудинном расположении трансплантата, поэтому мы рекомендуем для пластики пищевода правую половину толстой кишки с терминальным отрезком тонкой (илеоколон) как операцию выбора.

Необходимо отметить, что до настоящего времени слабо изучены процессы адаптации и компенсации после сложных вмешательств на глотке, пищеводе, желудке и кишечнике. Сравнительная оценка различных восстановительных операций затруднена из-за отсутствия необходимого количества фактов, характеризующих их общее физиологическое состояние.

Бузуловско, дальнейшее развитие восстановительной хирургии пищевода пойдёт по пути создания новых операций и усовершенствования существующих, более широкому внедрению в практику новейших инструментов и аппаратов.

Применение пикамила и таурина в подготовке больных к пластике пищевода после химических ожогов

*Академик РАМН В.И.Петров, к.м.н.Б.В.Краснов, к.м.н.А.И.Саутенко
Волгоградская медицинская академия*

АКТУАЛЬНОСТЬ И ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Лечение и реабилитация больных после химических ожогов пищевода относится к одному из наиболее трудных разделов хирургии желудочно – кишечного тракта. Несмотря на постоянное совершенствование методов консервативного лечения таких больных (эзофагопневмодилатация, бужирование, и т.п.) в 9 – 18% случаев единственной возможностью восстановить естественный пассаж пищи у больного остается пластика пищевода. Однако значительная трудоемкость и объем операции по-прежнему сочетаются с достаточно высокой летальностью (4-10%) и частотой различных осложнений (до 40%), вынуждающими хирургов искать пути совершенствования предоперационной подготовки и техники проведения операции.

В настоящее время в клиническую практику внедряются новые препараты (производные нейроактивных аминокислот) с широким спектром биологического действия, главным из которых следует признать повышение адаптационных возможностей организма к стрессорным, повреждающим воздействиям. Применение таких препаратов в пластической хирургии может способствовать более оптимальному течению послеоперационного процесса и улучшению результатов лечения.

Целью работы явилось определение эффективности применения препаратов пикамила и таурина в комплексной подготовке больных к пластике пищевода после его химических ожогов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 29 больных в возрасте от 30 до 62 лет, поступивших в клинику на плановое хирургическое лечение спустя 6-14 месяцев после ожога пищевода. Ожоги кислотами получили 16 человек (55%), щелочами – 12 (41%) человек, не установлена природа жидкости у 1 пациента (3%). Все больные после выписки из токсикологического отделения прошли 2-3 курса лечебно-профилактического бужирования по поводу рубцового стеноза пищевода, которое оказалось малоэффективным. На момент поступления все больные клинико-рентгенологически имели полную непроходимость пищевода, функционирующие гастростомы.

В комплексе плановой подготовки 14 больных (1 клиническая группа) дополнительно был включен курс пикамилаона из расчета 50-100 мг/сутки и таурина (400 мг/сут) в течение 7-10 дней. 15 больным (2 клиническая группа) проведена общепринятая подготовка, включающая в себя парентеральное питание, витаминотерапию, 2-3 курса гипербарической оксигенации, лечение сопутствующих заболеваний. Всем больным была проведена двухэтапная пластика пищевода из ileocolon и послеоперационный курс лечения.

Перед выпиской для объективной оценки функционального состояния искусственного пищевода больным была проведена радиоизотопная эзофагосцинтиграфия с использованием жидкого болюса, содержащего 70 МБк технеция-99.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнение результатов проведенного лечения больных выявило в первой клинической группе, по сравнению со второй группой, практически одинаковую частоту несостоятельных швов анастомоза (14% и 13% соответственно), несколько меньший койко-день ($41,5 \pm 4,0$ и $48,6 \pm 5,0$ дней соответственно) при клинически лучших результатах лечения: в первой клинической группе непосредственные результаты пластики расценены как хорошие у 10 больных (64%), как удовлетворительные – у трех (22%). Во второй группе отмечено 8 хороших результатов (53%) и 5 удовлетворительных (33%). Клинические данные подтверждались при сравнении показателей эзофагосцинтиграфии: у больных первой клинической группы было выше время транзита болюса по пищеводу ($5,4 \pm 0,6$ с против $8,2 \pm 0,9$ с соответственно), а также средний клиренс радиоактивного технеция ($88,5 \pm 5,0\%$ против $73,0 \pm 5,2\%$, $P < 0,05$).

Проведенные наблюдения указывают, главным образом, на лучшие показатели моторики искусственного пищевода у пациентов, принимающих препараты нейроактивных аминокислот. Подобные эффекты могут быть связаны, во-первых, с оптимизацией центральной нейрорегуляции моторики желудочно-кишечного тракта пикамилоном и таурином, а во-вторых – их местным воздействием на рецепторы и метаболизм. Как известно, таурин активно включается в процессы детоксикации и инактивирует перекисное окисление, в связи с чем может способствовать процессам репарации в зоне анастомоза.

ВЫВОДЫ

Таким образом, включение курса пикамилаона и таурина в предоперационную подготовку больных с рубцовыми стриктурами пищевода к эзофагопластике позволяет улучшить непосредственные результаты лечения, а также функциональные свойства сформированного искусственного пищевода.

Тахикинезия искусственного пищевода из илеоколон

*Ю. А. Рубайлов, А. Н. Саутенко, Б. В. Краснов
Волгоградская медицинская академия*

Лечение химических ожогов пищевода остается трудной и актуальной проблемой современной хирургии, так как осложнения после эзофагопластики составляют от 3,8% до 15,7%.

Особое место среди них принадлежит тахикинезии – функциональному спазму созданного пищеводно-кишечного соустья.

Нами с 1980 по 1993 г. проведено успешное лечение 23 больных с рубцовым сужением пищевода после химических ожогов и последующей илеоколонэзофагопластикой, у которых в послеоперационном периоде возникла тахикинезия.

У большинства больных это осложнение до лечения характеризовалось перемежающейся дисфагией, возникающей при приеме жидкой пищи и даже воды.

При рентгенологическом исследовании определялось сужение анастомоза, бариевая смесь задерживалась над пищеводным соустьем на 16-25 минут и проходила через область анастомоза малыми дозами.

Это могло навести на мысль об органическом стенозе соустья. Однако эзофагоэндоскопии диаметр анастомоза был не менее 1 см и свободно пропускал тубус эзофагоскопа №2.

Следовательно, наблюдавшиеся симптомы дисфагии были патофизиологическими, связанными с нарушениями нейротканевых отношений.

Для выяснения этих вопросов было проведено гистологическое и нейрогистологическое изучение методом окраски гематоксилин-эозином по ван Гизону, Ниссену и Кулькину 40 участков трансплантатов. Биоптаты брали на 3, 5, 7, 10, 12 сутки в период адаптации трансплантата из его орального конца и во время 2 этапа операции – на 15, 20, 25, 35 сутки.

Для лечения применялись иглорефлексотерапия (14 больных, у 11 из них проведено 2 курса, у 3 человек – 3 курса) и конкурентная фармакотерапия (3 курса у 9 больных).

При иглотерапии раздражались точки GJ4 хэ-гу, E36 цзю-сань-ли, VC22 тянь-гу, VC26 лян-цзюань и R27 шу-фу.

Микроскопические данные показали, что примененное нами лечение препятствует патологическому коллагенозу, т.е. образованию грубой рубцовой ткани, усиливает регенерацию микроциркуляторного русла в зоне стыка пищевода и кишки, особенно капилляров, стимулирует пролиферацию эпителиоцитов и интрамуральных нейроглиоцитов.

Отсутствие рубца способствовало врастанию нервных волокон в трансплантируемые ткани, о чем свидетельствует большое количество колб роста как в зоне анастомоза, так и за его пределами.

Преганглионарные волокна проникали в интрамуральные ганглии межмышечного сплетения и формировали на перикарионах эфферентных нервных клеток увеличенные в размерах синапсы.

В самих внутрисстеночных нервных узлах отмечались гипертрофия клеток II типа Догеля и клеток I типа Догеля, причем отростки афферентных нейронов образовывали сложные перицеллюлярные аппараты на теле моторных нейроцитов.

Усложнение межнейронных местных отношений всегда сопровождалось увеличением площади интраганглионарной капиллярной сети, обеспечивающей высокий обменный уровень нервных элементов.

Дополнительные ветви от артериол вместе с периваскулярными нервными проводниками из зоны анастомоза врастали через нежную грануляционную ткань в нервные сплетения на 7 сутки, к 15 суткам формируя субкапсулярную сеть капилляров в межмышечных ганглиях, к 4 неделе подобная картина наблюдалась и в подслизистом нервном сплетении.

В области анастомоза с 2-3 недели определились внутриганглиозные межнейронные связи, т.е. появлялись местные рефлекторные дуги. Эти автономные нервные центры, состоящие из местных афферентных и эфферентных нейронов, с начала своего функционирования, коррегировали тахикинезию вновь созданного пищевода.

В дальнейшем, через 25-35 суток, под влиянием лечения, тахикинезия исчезала в 100% случаев, что свидетельствовало о функциональной полноценности местных автономных нервных центров. Такая нормализация работы созданного искусственного пищевода и стойкое улучшение состояния больных (исчезновение дисфагии и тахикинезии) является прямым следствием предложенного нами лечения.

Воздействие внутрисосудистой фотомодификации крови на трансплантат из илеоколон при ззофагопластике

*Ю. А. Рубайлов, Н. Д. Мирзоев, В. А. Галуб, О. И. Маркина, А. Е. Бубликов.
Волгоградская медицинская академия*

С развитием волоконной оптической, лазерной технологий в начале 80-х годов были разработаны варианты фототерапии в том числе внутрисосудистое ультрафиолетовое облучение крови (ВУОК) или внутрисосудистая фотомодификация, которые теперь широко используются в различных разделах медицины.

Установлено, что спектр ультрафиолетового облучения в 240-700 нм (режим I) оказывает умеренное стимулирующее действие на все механизмы гомеостаза; диапазон видимого света 400-600 нм (режим II) способствует улучшению реологических свойств крови и насыщению ее кислородом, активизирует клеточное звено иммунитета нормализует гемостатический потенциал крови; ультрафиолетовые лучи в диапазоне 240-400 нм (режим III) нормализуют кислотно-основное состояние крови и ее реологические свойства, способствуют восстановлению микроциркуляции.

Наиболее удачным аппаратом для проведения внутрисосудистой фотомодификации признан облучатель волоконный кварцевый (ОВК-3), который мы и использовали в своей работе.

Применение фотогемотерапии у больных с химическими ожогами пищевода изучено совершенно недостаточно, особенно при выполнении эзофагопластики из илеоколон. Практически нет работ, отражающих возможность повышения жизнеспособности трансплантата при выполнении эзофагопластики и возможности коррекции возникающих в них гемодинамических нарушений и оксигенации. Не разработаны критерии выбора режима фотомодификации в зависимости от характера нарушения гомеостаза при химическом ожоге (не изучена эффективность данного метода в сочетании с ГБО).

Нами применялись различные сочетания спектральных режимов облучения; частота их использования в зависимости от этапов эзофагоколопластики представлена в таб. 1.

Таблица 1.

Распределение (в %) вариантов сочетания спектральных режимов при внутрисосудистой фотомодификации крови в зависимости от этапов эзофагопластики, осложнений и сопутствующей патологии.

Этапы эзофагопластики, сопутствующие заболевания и осложнения	Варианты сочетания спектральных режимов			
	I+II	II+III	I+III	I+II+III
I этап эзофагопластики	25	12,5	50	12,5
II этап эзофагопластики	20	20	50	10
Сопутствующие заболевания, нагноительные осложнения	35,7	28,6	35,7	-

Всего нами у 61 больного выполнено 298 сеансов ВУОК. Сеансы проводились через день с максимальным перерывом между сеансами 3 дня. На курс лечения потребовалось от 5 до 7 процедур, продолжительность каждой из которых колебалась от 50 до 60 мин.

Из таблицы видно, что у пациентов с I этапом эзофагопластики чаще всего

использовалась комбинация режимов, оказывающая влияние на реологические свойства крови и окислительно-восстановительные процессы в крови и тканях, способствующая восстановлению микроциркуляторных нарушений (I режим) и направленная на активацию иммунитета (III режим). Аналогичная комбинация спектральных режимов преимущественно применялась у больных с II этапом эзофагопластики. Режимы I+III; I+II; использовались у этой же группы больных с сопутствующими заболеваниями: хронический пиелонефрит, сахарный диабет и с осложнениями в виде нагноительных процессов в ране или в области анастомозов.

Результаты клинических исследований свидетельствовали о том, что у больных, получивших в комплексе консервативных мероприятий внутрисосудистую фотомодификацию, по сравнению с аналогичными группами пациентов, лечившимися традиционными методами, быстрее купируются воспалительные явления в очаге поражения, на 3-4 дня раньше идет очищение ран от некротических тканей и выполнение их грануляциями. Данные клинического исследования свидетельствуют о том, что после 3-4 процедур у 97% больных снижается температура тела вплоть до нормализации, купируется тахикардия, восстанавливается моторика кишечника, нормализуются показатели гемограммы, мочевины, остаточного азота и белкового обмена. Уже после первых 2-3 сеансов внутрисосудистой фотомодификации крови у 75% больных удавалось купировать ацидоз и нормализовать газотранспортную функцию крови.

В качестве критериев оценки эффективности проводимого пред- и послеоперационного лечения ориентировались на клинические данные, показатели газового состава и кислотно-основного состояния крови, гемограммы, коннограммы, гематокрит и объем эритроцитов.

После первого сеанса фотомодификации отмечалось повышение парциального давления кислорода на 33,6%, а насыщение крови кислородом увеличивалось на 55,5%, при этом парциальное давление углекислого газа снижалось на 20,2%, а показатели pH крови увеличивался до 7,38 (Рис. 1,2,3); объем эритроцитов увеличивался до 97,4 усл.ед., гематокрит снижался до 0,38 м/л.

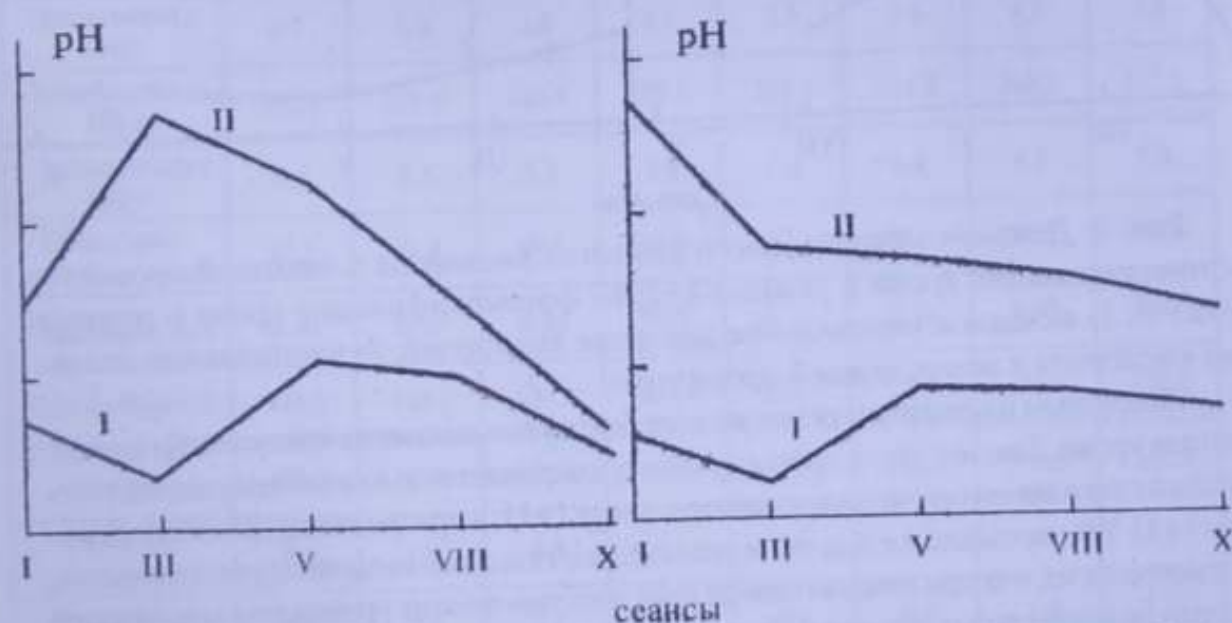


Рис 1. Влияние режимов фотомодификации в крови на динамику pH. А-

фотомодификация крови в режиме 1+2; Б - фотомодификация крови в режиме 1+2УФ. 1- исходные значения рН перед каждым сеансом; 2- значения рН в конце каждой процедуры.

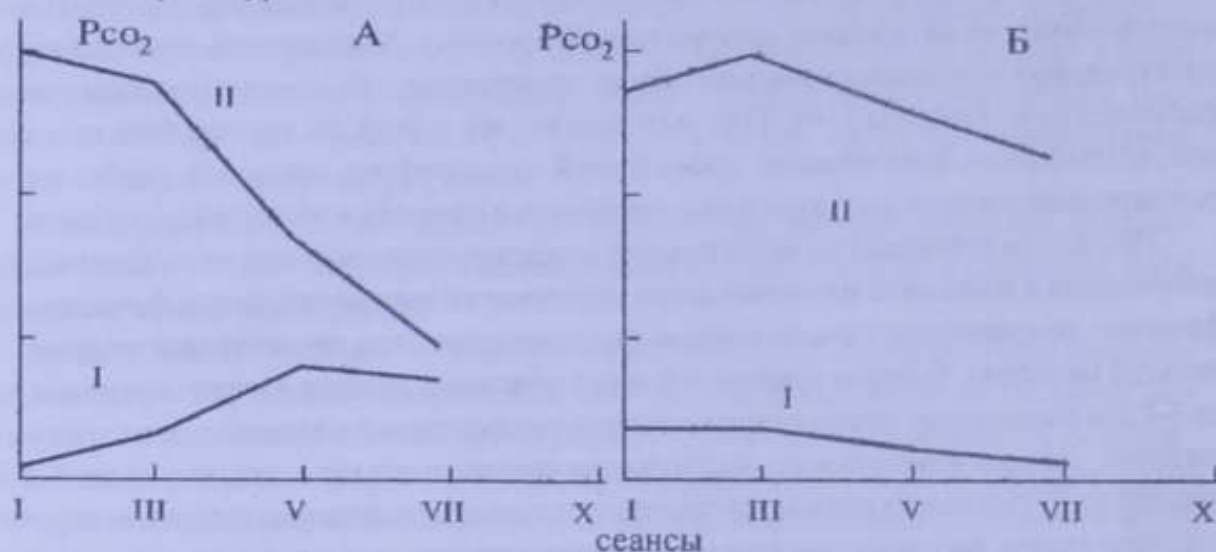


Рис 2. Динамика парциального давления углекислого газа в венозной крови, фотомодификация крови в режиме 1+2УФ. 1- парциальное давление углекислого газа до проведения процедуры; 2- парциальное давление углекислого газа в конце сеанса фототерапии.

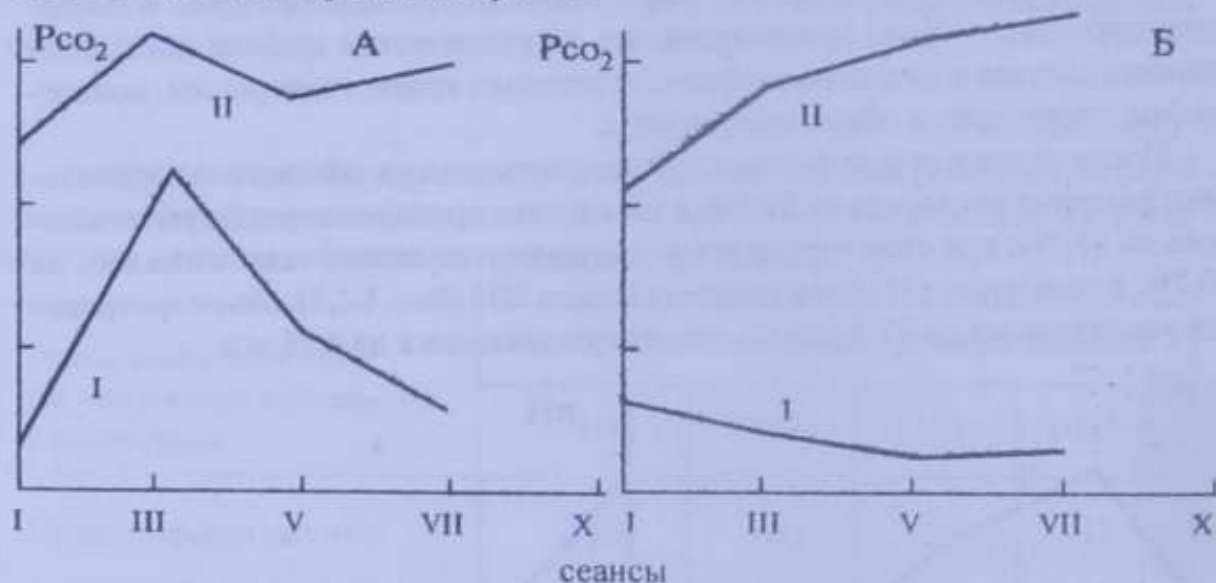


Рис. 3. Динамика парциального давления кислорода в венозной крови. А- фотомодификация крови в режиме 1+2; Б- фотомодификация крови в режиме 1+2УФ. 1- исходное парциальное давление кислорода; 2- парциальное давление кислорода в конце каждой процедуры.

Описанным изменениям рН крови соответствует и динамика показателей газового состава крови. Так, именно к третьему сеансу сохраняется высокое содержание углекислого газа в крови при использовании режима 1+11, а при фотомодификации режимом 1+11 УФ парциальное давление углекислого газа даже несколько увеличивается, не смотря на то, что при каждом сеансе идет восстановление уровня углекислого газа в крови до нормальных значений. Только к пятому сеансу парциальное давление угле-

кислого газа стабилизируется в пределах нормальных значений (рис. 1). Динамика изменения парциального давления кислорода в венозной крови, представленная на рис. 2, 3, свидетельствует о том, что фотомодификация способствует насыщению крови кислородом. Однако, в процессе проведения курса фотогемотерапии происходит и увеличение потребления кислорода организмом, причем этот процесс идет активнее при фотомодификации крови режимом I+II УФ, что свидетельствует об активации окислительных процессов в трансплантате и в целом в макроорганизме.

Увеличение объема эритроцитов независимо от режима фотомодификации крови при одновременном снижении гематокритного числа можно объяснить улучшением условий микроциркуляции с последующим перемещением жидкости из интерстициального сектора в клетки и сосудистый сектор, о чем косвенно свидетельствует и динамика содержания в плазме калия и натрия (таблица 2).

Из данных, приведенных в таблице, следует, что независимо от режима фотомодификации крови у больных с химическим ожогом пищевода внутрисосудистая фотомодификация нормализует показатели кислотно-основного состояния крови, снижает гематокритное число, что благоприятно отражается на реологических свойствах циркулирующей крови. Отмечается нормализация показателей эритроцитов и тромбоцитов за счет улучшения гемопоэза. Нормализуется показатель лейкоцитов за счет регрессии воспалительных процессов в послеоперационном периоде, возрастания иммунологии после фотогемотерапии.

Таблица 2.

Динамика основных показателей гомеостаза у больных при эзофагопластике при ВУОК аутокрови.

Показатели гомеостаза	I этап эзофагопластики				II этап эзофагопластики			
	Режим I+II		Режим I+II+УФ		Режим II+II		Режим I+II+УФ	
	Допрощ.	После	До прощ.	После	До	После	До прощ.	После
Эритроциты х 10 ⁹ /л	4,7	4/8	3,9	4,5	3,5	3,8	4,3	4,8
Тромбоциты х 10 ⁹ /л	242,1	238-5	263,5	278,4	265,5	214,5	260,2	267,5
Лейкоциты х 10 ⁹ /л	8-2	8,5	9,9	5,4	6,2	6,4	6,1	5,4
Объем эритроцитов, усл.ед	87,2	88,4	90,5	94,6	90,1	96,4	89,8	96,8
Гематокрит м/л	0,40	0,39	0,36	0,33	0,35	0,34	0,39	0,37
Гемоглобин г/л	143,8	135,6	126,5	124,4	124,5	120,4	136,4	128,8
Натрий гл. ммоль/л	150,0	147,6	151,3	146,6	149,3	148,1	149,9	148,8
Калий пл. ммоль/л	4,8	4/6	4,9	4,5	4,5	4,7	4,6	4,7
Кальций пл. ммоль/л	0,9	0,8	1,1	0,9	0,8	0,9	1,0	1,27

На основании обобщения многочисленных литературных данных и собственного опыта основными предпосылками для использования данной методики при эзофагопластике мы считаем следующие основные лечебные эффекты:

Лазерное облучение в комплексном лечении послеожоговых эзофагитов

А.И. Саутенко

Волгоградская медицинская академия

Лечение химических ожогов пищевода в течение многих лет продолжает оставаться актуальной проблемой. Количество больных с данной патологией ежегодно увеличивается.

В последние годы хирурги в лечении эзофагитов и рубцовых сужений пищевода все чаще обращаются к различным способам бужирования (Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф., Оганесян М.Н., Ануфриев А.М., 1973; Левин С.И., Расулов Х.Х., Ахматов Д.А., Саламов А.С., 1984; Марфин Б.И., Бучурина И.С., Зейтленок Ю.М., 1985; Майстренко Н.А., 1986). Однако этот метод имеет существенные недостатки. Результаты лечения у части больных нестойкие, у многих возникают стенозы, а иногда прободение стенок пищевода. Ежедневное бужирование приводит к резкому обострению эзофагита, отрицательно влияет на репаративные процессы (Ратнер Г.Л., Белоконев В.И., 1982; Потапов В.А., 1983).

Неудовлетворенность результатами их лечения побуждает к поиску новых методов. Так отечественные и зарубежные авторы для лечения данной патологии применяли баллонную дилатацию в различных модификациях (Таточенко К.В., Кошеваров С.Б., Кондрашин С.А., 1987; Шабес С.А., 1988; Галингер Ю.И., Черноусов А.Ф., Андреев А.Л., 1988; Ill D.E., Stauffer U., 1986; Schlitt M., 1987; Sato Y., Frey E., Smith W., 1988).

В нашей работе показан новый комплекс лечебных мероприятий, способствующих предотвращению образования рубцовых стриктур пищевода после химического ожога.

Методика заключается в последовательном применении внутриводного облучения и эзофагопневмодилатации.

С целью увеличения площади облучения и равномерного распределения плотности мощности при использовании в качестве облучателя световода от бронхоскопа Фриделя, нами совместно с конструкторским бюро завода "Эталон" созданы специальные светооптические насадки (патентное предложение № 335/257 от 3 августа 1989 г.) Насадка выполнена из оптического стекла (К-8) в виде усеченного конуса высотой 2 см. Угол наклонной поверхности рассчитан так, чтобы падение луча монохроматического соответствовал 50°. Это позволяет максимально использовать световую энергию (Nishioka N.S., Jacques S.L., Richter J.M., 1988). Световод при помощи переходника подключается к лазерной уста-

новке типа ЛГ-75 "Ягодка" с длиной волны 0,632 мкм и плотностью мощности 4,5 мвт/см².

Для дилатации использовали дилататор специальной конструкции (Шабес С.А., 1988).

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ.

В положении сидя больному давали проглотить световод с насадкой, который на высоте глотка проводили до кардии (37-42 см) в зависимости от роста больного. После чего световод подключали к лазерной установке и начинали сеанс, последовательно облучая пищевод на всем протяжении путем подтягивания световода на 2 см с экспозицией 2 минуты на каждом участке. Затем осуществляли сеанс эзофагопневмодилатации, заключающийся в следующем: больному давали проглотить дилататор до отметки 37-42 см. После этого наполняли дилататор воздухом посредством груши от аппарата для измерения АД. Наполнение производили до появления у больного легкой болезненности в подключичной области и отмечаем этот показатель, принимая его за исходный, выпускаем воздух и вновь его накачиваем до известного предела. Этим достигается колебание стенок дилататора. После нескольких таких колебательных движений больной перестает ощущать болезненность. Тогда поднимаем давление до появления вновь легкой болезненности и продолжаем дилатацию. Когда нам за один сеанс удастся поднять давление на 20-30 мм рт.ст выше исходного, считаем, что в этом отделе пищевода процедура окончена. Подобным образом дилатируется пищевод на всем его протяжении.

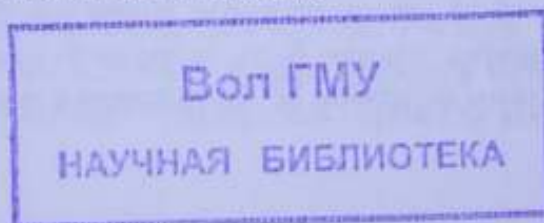
До и после вышеуказанных процедур проводились эндоскопические исследования с прицельной биопсией для гистологического анализа результатов лечения.

Данная методика применена у 27 больных. В большинстве случаев поражающим агентом были кислоты. Катаральный эзофагит выявлен у 5 человек, эрозивный – у 12, эрозивно-язвенный – у 10 человек.

Нормализация микроморфологии слизистой оболочки и эпителизация у больных с легкой степенью поражения наступала на 6-7 сутки. При более тяжелых поражениях – на 14-17 сутки.

В результате проведенных исследований установлено, что применение лазеротерапии в сочетании с эзофагопневмодилатацией в раннем послеожоговом периоде позволило, целенаправленно воздействуя на воспалительный процесс предупредить развитие стенозирующих рубцов пищевода. Помимо сокращения сроков лечения у всех больных отмечено исчезновение болевого синдрома и восстановление функции пищевода.

Таким образом, применение эзофагопневмодилатации в сочетании с облучением слизистой оболочки пищевода гелий-неоновым лазером предупреждало образование стенозирующих рубцов за счет эпителизации пораженной поверхности, с восстановлением многослойного эпителия.



Телеологические аспекты практической хирургии

*Проф. Д.Л.Пиковский.
(г. Нижний Новгород)*

Около 20 лет тому назад в мировой и отечественной хирургии произошла "конверсия" хирургического мышления. Приоритетом операции стала минимизация риска путём отказа от радикализма при травматичных вмешательствах резко ослабленном организме пациента. В особо сложных случаях операция разделялась на ряд последовательных менее травматичных этапов. Такой подход является целесообразным и, несомненно, соответствует интересам пациента.

Изменение хирургического мышления явилось результатом включения элементов телеологии, т.е. целевого рассмотрения проблем и поиска целесообразного хирургического действия применительно в конкретной ситуации. Приоритет целей, как главной практической задачей, привёл к созданию новых эффективных технологий, заметно улучшающих результаты хирургического лечения.

Успех целевого подхода в практической хирургии послужил стимулом для телеологического рассмотрения некоторых медико-биологических концепций и теорий, являющихся базисом практической медицины.

С самого начала хирургическая наука обрела четкую концепцию, основанную на логическом причинно-следственном мышлении: обнаруживается очаг патологии и он удаляется из организма. Именно радикальное удаление причины болезни давало наилучшие результаты; всевозможные паллиативные вмешательства рассматривались как слабость хирургии вообще или недостаточная квалификация хирурга.

Целевое рассмотрение близких хирургам тапографо-анатомических структур позволяет выявить важное значение некоторых образований. Если рассматривать паховый канал мужчин с точки зрения цели его наличия, то выявляется жизненно важная его функция. Хирурги знают, что застревание яичек в брюшной полости чревато потерей репродуктивной функции. Дело в том, что сперматозоиды на своём пути к цели гибнут многими миллионами единиц, и связано это с расстоянием от индуктора до цели. Переход семенников сокращает путь сперматозоида до минимума, и единичные клетки успевают достигнуть цели в животворном состоянии. Приведённое рассуждения подтверждаются сравнительно-аналогичной функцией у обезьян. У них имеются тоже паховые каналы, но семенники у них остаются в брюшной полости в течении всей жизни, однако во время полового акта паховый канал открывается и пропускает яичко вниз, позволяя их производным стартовать в наиболее комфортных условиях.

На рубеже 21 века хирург не имеет право делать операцию без ясных целей, основанной на точном прогнозе. Иначе говоря, приоритетом клинического мышления хирурга должно быть телеологическое мышление с ясной постановкой цели, чётким способом её достижения с минимальным риском.

Советская хирургическая доктрина касательно острого аппендицита предусматривала жесткое правило: диагноз острого аппендицита означал немедленную операцию. Боязнь диагностической ошибки влекла за собой множество разочаровывающих вмешательств, когда изменения в аппендиксе были минимальными или их совсем не было – такой препарат назывался “бледно-катаральный аппендикс”. На волне этой доктрины в 1967 г. состоялась Всесоюзная конференция в г. Воронеже с программной темой “Острый аппендицит”. На конференции зачитывались доклады из городов и республик, и председатель – акад. Б.В.Петровский, удовлетворенно подчеркнул, что летальность при остром аппендиците в СССР меньше, чем в США. Но вот плавное течение конференции нарушили два докладчика – Г.Н.Захарова, профессор из Саратова, и главный хирург Украины проф.М.М.Ковалев. Они выступили примерно в одном ключе: производится много необоснованных аппендэктомий. Так называемых катаральных аппендицитов в жизни отнюдь не 35-40% как фигурирует в подавляющем числе больничных отчетов, а как минимум в два раза меньше. Не нужно оперировать всех больных, предъявляющих жалобы на боли в правой подвздошной области, которые могут зависеть не обязательно от острого аппендицита. Председательствующий Б.В.Петровский резко раскритиковал обоих докладчиков и указал на действительные успехи в лечении острого аппендицита. Он подчеркнул, что молодым хирургам не под силу проводить дифференциальную диагностику патоморфологической формы острого аппендицита; только благодаря нашей доктрине летальность при остром аппендиците в СССР в два раза ниже, чем в США. “Поголовное истребление”отростков при болях в правой подвздошной области напоминает мотивировку 20-х годов, когда аппендэктомию производили в качестве профилактики острого аппендицита!..., в том числе и у детей! Теоретически такой подход мы отвергаем, а на практике занимаемся этим повседневно! А каковы последствия нашего вторжения в брюшную полость без достаточных оснований? Статистика свидетельствует: после аппендэктомии с малыми изменениями в отростке результаты значительно хуже, чем после удаления флегмонозно измененных отростков. В настоящее время у многих хирургов зреет идея о нежелательности удаления аппендикса с незначительными изменениями или без таковых. Информированный пациент может задать вопрос хирургу: “Зачем мне делали операцию, и зачем мне удалили неизменный отросток?” Зачем? Для какой цели? Если строго и слепо следовать концепции, то оперировать надо и удалять аппендикс надо. Но если хирург не лишен телеологического мышления, то не найдя мотивов для лапаротомии и аппендэктомии, он резко уменьшит т.н. катаральных аппендицитов. В нашей практике их число за последние 10 лет уменьшилось с 35 до 12%. Превентивное удаление отростка **не имеет цели.**

С тех же позиций, что и острый аппендицит рассмотрим проблемы желчно-каменной болезни. В недалеком прошлом всякое вмешательство по поводу желчно-каменной болезни предусматривало удаление желчного пузыря, поскольку согласно теории Науинна и Ашофа желчный пузырь является источником литиаза и воспаления. Именно эта операция триумфально прожила все 100 лет

своего существования. Однако в последние 15-20 лет появилась некоторая сдержанность в тезисе об обязательном удалении желчного пузыря при всех обстоятельствах. Во-первых, в 60-е годы появилась концепция желчной гипертензии, из которой следует, что немедленная декомпрессия выполняет главную роль экстренной операции – снятие угрозы тяжелых осложнений. Во-вторых в некотором смысле изменилось мышление хирургов: так же, и при прободной язве главной целью экстренной операции является спасение жизни больного с наименьшим риском. В экстренной ситуации хирург должен действовать как пожарный: не думать о сохранении мебели, а об избавлении от огня! Признание камней главной сутью патологии привело к внедрению различных методов бескровного удаления камней – растворение, дробление, извлечение. Эти методы привлекли, прежде всего, своей минимальной травматичностью, а, следовательно, ничтожным риском. В настоящее время появилась еще одна проблема – камненосительство. Известны случаи, когда камни в желчном пузыре находят во время аутопсии у людей никогда не страдавших от холелитиаза, а также у вполне благополучных молодых и средних лет людей при профилактических УЗИ. Обеспокоенные этим обстоятельством они обращаются к хирургу за советом: что делать? Еще в начале века Кер, будучи категоричным противником идеальной холецистолитотомии, тем не менее написал замечательную фразу: “Носить камень в желчном пузыре не то же, что носить серьгу в ухе!” С.П.Федоров в 1934г. писал, что если бы появилась возможность четко диагностировать камни, их количество, размеры и положение, тогда нашлись бы показания к идеальной холецистолитотомии. В настоящее время эти условия выполнены. Оставлять камни в желчном пузыре нецелесообразно из-за возможных известных осложнений. Если речь идет об 1-2 крупных камнях, то при сохраненной функции желчного пузыря (снова УЗИ!) их можно удалить с помощью безопасной операции – идеальной холецистолитотомии. О первых 16 случаях мы опубликовали статью в *Анналах хирургической гепатологии* в 1996г. Обзор современного состояния хирургии желчных путей позволяет обнаружить элементы телеологического подхода к проблеме, который заключается в следующем: **каждая операция должна рассматриваться с позиций цели: в экстренной хирургии – спасение жизни больного, в плановой – рациональный объем операции. И в том, и в другом случае – с наименьшим риском.**

Уже много лет в медицинских ВУЗах готовят врачей общего профиля. По идее такой врач обязан оказывать помощь больному человеку вне зависимости от характера заболевания. Неоказание такой помощи является должностным преступлением и оценивается в рамках Уголовного Кодекса. Все это правильно, но каждый гражданин страны рассчитывает на *квалифицированную* помощь, к чему выпускник ВУЗа не приучен; его постижение квалификации начинается только после окончания института с помощью так называемого постдипломного образования. Все это великолепно, но далеко от *цели*. Дипломированный врач может оказать действительную помощь только в том случае, если в своем “постдипломном” образовании избрал именно эту специальность, в пределах которой ему приходится оказывать помощь. В остальных случаях уровень его

помощи не многим отличается от "парамедиков" - полицейских и пожарных, которые в США оказывают первую помощь пострадавшим.

Когда начинается "прикосновение" к хирургии? По существующим правилам и программам – только после окончания института (интернатура, клиническая ординатура). А между тем многие студенты поступают в институт, мечтая стать хирургом. Этих студентов отличает четкое представление о цели своего образования; они целеустремленны и хирургии уделяют гораздо больше времени, чем другим специальностям, они часто бывают в избранной клинике, дежурят в экстренные дни, стараются подружиться с опытным хирургом и приходить на дежурство, когда дежурит "патрон". Своим трудолюбием студент завоевывает доверие, и наступает день, когда это доверие выливается в место за операционным столом. Все это общеизвестно, и многие поколения хирургов начинали свою профессиональную деятельность со студенческих лет.

В 1929г. в Нижегородском мединституте была создана группа будущих хирургов. В обучении этой группы хирургии уделялось больше внимания, чем в других группах и в декретированных программах. Каковы же были результаты? Окончив институт в 1934г. почти все выпускники этой группы продолжили заниматься хирургией: именно в этой группе занимались академики Н.Н.Блохин и Б.А.Королев, профессор М.В.Колокольцев, главный врач онкодиспансера доцент Е.Н.Нечаев.

Современные студенты – волонтеры хирургии сами корректируют свои устремления, восполняя то, что Н.Н.Блохин и Б.А.Королев получали по официальной программе. Сами студенты, избирая волонтерский метод постижения специальности, подсказывают способ подготовки хирургов. Учитывая "самостоятельный" опыт студентов-волонтеров целесообразно включить его элементы в программу для специальной группы, состоящей из будущих хирургов. Преподавание в группе хирургов должно отличаться своеобразием. С телеологической целевой точки зрения следует не наполнять студента фактами, а учить думать. Этому в большей мере способствует целевое проблемное обучение.

На практических занятиях целесообразно применение метода "деловых игр", когда моделируется весь цикл работы хирургической бригады. Телеологические ЦЕЛЕВОЕ рассмотрение подготовки хирургов подсказывает целесообразную организацию этого процесса на основе многолетнего опыта разных поколений студентов, которые стремятся стать хирургами.

Выводы, которые вытекают из изложенного таковы:

1. Целесообразно на каждом курсе организовать группу будущих хирургов со специальной программой.
2. Преподавателям перестроить преподавание в этих группах на основе проблемного обучения.
3. Отбор в эти группы проводить с 3 курса на конкурсной основе, а занятия начинать с 4 курса.
4. Врачебное общественное мнение и, конечно же, медицинское начальство должно признать факт повышенной ответственности хирурга с соответствующей моральной и материальной компенсацией.

Профессионализм хирурга – это целенаправленность, целесообразность, ответственность плюс искреннее сострадание. Итак, врачебное (клиническое) мышление складывается из двух подходов: причинно-следственного и телеологического. И если у нехирургических специалистов причинно-следственное мышление (в составе врачебного) является главным (приоритет диагноза!), то у хирургов, у которых проблема множественная – и диагноз, и целесообразная операция (профессиональное выполнение с хорошим результатом) с минимальным риском, и послеоперационный уход с состраданием и даже с сопереживанием, - врачебное мышление обязательно должно включать (наряду с причинно-следственным) элементы телеологии. Хирург создает для себя особое синтетическое врачебное мышление, состоящее из равнозначных частей – причинно-следственного и телеологического мышления, что совершенно необходимо и для его профессиональной деятельности, и для конкретного больного.

Если хирург не увлекается научной работой, то ясно, что стать доктором наук он не сможет. Но вне зависимости от научных знаний настоящий хирург всегда стремится к совершенствованию своих знаний, мастерства, т.е. профессионализму.

По мнению Августа Бира, при “телеологическом рассмотрении медицинских вопросов” главное – не навредить пациенту (*Noli nocere*, по Гиппократу).

Характер изменения осложнений хирургического лечения калькулёзного холецистита в результате внедрения в практику малоинвазивных оперативных методик

Шулутко А.М., Данилов А.И., Лащик М.Г.,

Агаджанов В.Г., Пискунов Д.В.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова. Кафедра хирургических болезней №3 лечебного факультета.

Заведующий кафедрой профессор Шулутко А.М.

За последние 10 – 15 лет произошло значительное улучшение результатов лечения калькулёзного холецистита как хронического, так и острого. По данным Бюро медицинской статистики в хирургических отделениях московских городских больниц послеоперационная летальность снизилась с 3,4% в 1994 г. до 2,2% в 1998 г. По данным НИИ им. Н.В.Склифосовского за 10 последних лет послеоперационная летальность составила 1,15%.

Однако вопрос хирургического лечения калькулёзного холецистита (КХ) остаётся актуальным. Это обусловлено достаточно высокой послеоперационной летальностью при остром холецистите многократно превышающей таковую при хроническом. По литературным данным этот показатель варьирует в пределах – от 1 до 10%, а в старших возрастных группах достигает 27%.

Внедрение и использование современных ультразвуковых, фиброэндоскопических лечебно-диагностических методов и методик малотравматичных оперативных вмешательств – лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и “открытой” лапароскопической холецистэктомии из мини-доступа (ОЛХЭ) изменили структуру типичных послеоперационных осложнений и оказало влияние на послеоперационную летальность.

Малое число работ посвящённых изучению характера изменения осложнений хирургического лечения при комплексном использовании трёх вариантов выполнения операций холецистэктомии, а именно традиционного, видео-лапароскопического и “открытого” лапароскопического из мини-доступа, в зарубежной и отечественной литературе, а также обладание достаточным опытом по этому вопросу, позволило выполнить данное исследование.

В первую группу вошли 1684 пациента, которым выполнялась традиционная холецистэктомия (ТХЭ) из верхнесрединного лапаротомного доступа на этапе с 1980 по 1988 годы. У 166 больных лечение острого обструктивного холецистита проводилось по двухэтапной методике (холецистостомия с последующей операцией в холодном периоде).

Во вторую группу вошли 1055 больных оперированных с 1994 по 1998 годы включительно. У 838 пациентов оперативное лечение проводилось с использованием операций малых доступов (ОМД) – ЛХЭ и ОЛХЭ, а у 217 больных холецистэктомия выполнялась по традиционной методике изначально или вследствие перехода от ОМД. Оценка результатов лечения в этой группе проводилась проспективно.

Групповое распределение больных по полу и возрасту произошло идентично. Лица старше 60 лет в обеих группах распределились идентично и составили в 1 группе – 48%, во второй – 47,5%.

По поводу острых форм заболевания оперировано 75,2% пациентов, а по поводу хронических 24,8%. При этом лица пожилого и старческого возраста оперированные по поводу острой формы заболевания в 1 и 2 группах составили 50,5% и 49,5% соответственно.

Необходимо отметить, что более половины пожилых и все старые пациента имели одно либо несколько сопутствующих заболеваний.

Обследование больных проводилось на протяжении всего лечения. Включало в себя клинические, лабораторные, сонографические, рентгенотелевизионные, эндоскопические методы. Основными и обязательными для постановки диагноза были клиническое и ультразвуковое исследования. УЗИ использовалось как метод динамического исследования обязательного на всех этапах лечения. Также в протокол обследования входила эзофагогастродуоденоскопия (РХПГ) и колоноскопия (КС). Во второй группе предоперационное обследова-

ние характеризовалось расширением его объема - более частое использование ЭГДС и КС (при наличии соответствующего диспептического анамнеза), что стало необходимым в связи с невозможностью выполнения мануального обследования органов брюшной полости как при ЛХЭ, так и при ОЛХЭ.

Полученный материал явился типичным срезом больных калькулёзным холециститом поступающих в хирургические городские стационары.

На 1684 операции в 1 группе летальность составила 3,44% (58). При хроническом калькулёзном холецистите летальность - 1,7% (6), при остром 3,9% (52), при использовании 2-х этапного метода 1,2% (2).

Во второй группе на 1055 операций летальность составила 0,9% (10). При хронических формах на 329 операций летальность не отмечена. При остром холецистите на 726 операций летальность отмечена в 1,3% случаев (10). Использование методики ОЛХЭ привело к снижению летальности до 0,4% (2 наблюдения на 462 операции), а в группе ТХЭ 4,3% (8 наблюдений на 182 операции).

При выполнении изолированной холецистэктомии, т.е. без вмешательства на общем желчном протоке (ОЖП), в 1 группе на 1276 оперированных летальность составила 1,6% (21 наблюдение), во 2 группе 0,4% (4 наблюдения), при использовании ОЛХЭ 1 наблюдение (0,16%) на 628 операций, при ТХЭ 3 (1,6%) на 189 операций.

При холецистэктомиях с эксплорацией ОЖП летальность при межгрупповом сравнении осталась на уровне 9% (37 и 6 наблюдений). Более того, если проводить сравнение между отдельными методиками во второй группе она выросла до 17% при ТХЭ (5 наблюдений на 28 вмешательствах). Это объясняется уменьшением числа таких оперативных вмешательств с 24,2% в 1 группе до 13,2% при ТХЭ во второй, за счет разрешения холедохолитиаза во второй группе с помощью малоинвазивных методик на предоперационном этапе и невозможностью воздействия на неконтролируемые факторы риска (возраст, форма и клинические проявления КХ, сроки поступления в стационар и др.) при использовании методики ОЛХЭ этот показатель составляет 2,7% (1 наблюдение на 28 операций), что объясняется несомненно не только меньшей долей таких операций (5,4%), но и положительными особенностями малотравматичных методов оперирования.

При анализе летальности по возрастным группам видно, что в 1 группе летальность среди лиц моложе 60 лет составила 0,8% (6 наблюдений), от 60 до 74 лет - 5,5% (45), 75 лет и старше - 16,3% (7). Такая же тенденция сохраняется и во 2 группе, но при этом все показатели значительно ниже и минимальная летальность отмечена у лиц моложе 60 лет 1 - 0,7%, от 60 до 74 лет 4 - 1,4%, 75 лет и старше 5 - 1,07%. При ОЛХЭ 0,28%, 0%, 1,6%. При ТХЭ 0%, 6%, 9,6% соответственно.

Характер интраоперационных осложнений был следующим. В 1 группе интраоперационные осложнения возникли в 15 случаях (0,87%). У 3 больных (0,17%) произошло ранение ОЖП, а в 12 случаях (0,7%) отмечены различного рода кровотечения. При анализе мы считали интраоперационными осложнениями такие ситуации, которые повлекли или могли повлечь за собой ухудшение

состояния больного.

Во 2 группе интраоперационные осложнения на 1055 операций возникли у 18 пациентов (1,7%). У 2 пациентов (0,18%) произошло пересечение ВЖП и в 4 случаях (0,36%) имело место пристеночное ранение ВЖП. У 10 (0,9%) больных в результате манипуляций возникли кровотечения в области гепатодуоденальной связки, в 1 случае (0,09%) клипирование правой печеночной артерии и у 1 пациента (0,09%) перфорация желчного пузыря (при ЛХЭ), приведшая к значительному удлинению времени оперативного пособия (до 135 минут).

Таким образом видно, что во 2 группе количества кровотечений связано с более жесткой регистрацией этих осложнений, т.к. кровотечения, возникающие в зоне оперативного вмешательства, становятся опасными, поскольку их остановка в малоинвазивной хирургии связана с определенными техническими трудностями. Возникшие кровотечения увеличивают длительность операции, могут быть причиной конверсии или являться причиной возникновения послеоперационных осложнений (подпеченочные гематомы, абсцессы). При традиционном способе холецистэктомии эти обстоятельства могли не считаться осложнениями, т.к. устранялись без особых трудностей, не увеличивая длительности оперативного вмешательства и не вызывая нежелательных последствий.

Большинство травм внепеченочных желчных путей возникли на этапе освоения малоинвазивных методик в основном при острых, деструктивных формах заболевания. По нашему мнению происходила переоценка хирургом своих собственных возможностей и возможностей метода.

Большое значение играют сроки выполнения оперативного пособия, т.к. интраоперационные осложнения у 13 пациентов возникли при оперировании в неблагоприятные сроки — от 4 до 18 суток с момента начала заболевания. Из них у 7 пациентов, оперированных по поводу деструктивных форм заболевания.

В 1 группе послеоперационные осложнения имели место у 173 больных (10,2%), из них общесоматические у 74 больных (4,4%). Местные раневые осложнения возникли у 63 больных (3,8%), осложнения, связанные с зоной оперативного вмешательства у 31 — (1,8%). В группе больных, где лечение проводилось двухэтапно, послеоперационные осложнения встречались у 26 пациентов (15,7%). Структура их следующая: общесоматические у 20 больных (12,6%), нагноение послеоперационной раны у 5 больных (3,0%), интраабдоминальные нагноения в 1 случае (0,6%).

Во 2 группе послеоперационные осложнения возникли в 104 случаях (9,8%) на 1055 операций. Из общего числа осложнений на долю общесоматических пришлось 61 (5,8%) осложнение, а на долю местных — 43 (4,1%), раневых — 17 (1,6%) и интраабдоминальных — 26 (2,4%).

Внедрение в практику малоинвазивных методик повлекло за собой изменение структуры послеоперационных осложнений.

Если сравнивать количество осложнений в 1 группе с осложнениями, возникшими после операций, выполненных по малоинвазивным методикам, то мы увидим, что количество общесоматических осложнений меньше при ЛХЭ и ОЛХЭ — 3,9%, чем в 1 группе — 4,4%. В группе, где использовалась традицион-

ная методика, общесоматические осложнения возникли в 12,4% случаев.

Все это делает очевидным факт того, что внедрение малоинвазивных методов оперативного вмешательства приводит к снижению общесоматических послеоперационных осложнений, что происходит не только за счет малой травматичности, но и за счет отбора пациентов к применению у них данных методик.

Возникает негативная закономерность: больных, которые наиболее нуждаются в малотравматичных методиках, оказываются вытесненными противопоказаниями и оперируются традиционно. И именно у этой части больных мы видим самые неблагоприятные результаты во 2 группе. При этом складывается впечатление "мнимого благополучия" в группе больных, оперированных по малоинвазивным методикам. Справедливости ради хочется отметить, что все вышесказанное в большей степени относится к ЛХЭ, но и при ОЛХЭ ситуация далека от желаемого.

Результаты традиционной холецистэктомии во 2 группе значительно хуже, чем общие результаты в 1 группе, т.е. до внедрения в практику операций малых доступов. Это наиболее тяжелая группа больных, которым малотравматичные операции не выполнялись в связи с противопоказаниями, не владением хирургом методиками ЛХЭ и ОЛХЭ, либо ТХЭ выполнялись как вариант конверсии. Также среди больных в этой группе попадают пациенты с сочетанием калькулезного холецистита и холедохолитиаза, желтухи, холангита. Все это еще раз подводит нас к мысли о том, что высказываемый оптимизм и радость по поводу хороших результатов при малоинвазивных оперативных вмешательствах значительно омрачаются негативными результатами в группе больных, оперируемых традиционными методами.

При анализе местных осложнений видно, что во второй группе, особенно при операции малых доступов их уровень ниже. Количество местных осложнений при выполнении операций малых доступов сопоставимо с таковыми при двухэтапном методе лечения в 1 группе, когда пациенты оперировались в холодном периоде, в плановом порядке.

Более детальный анализ показал, что меняется структура местных осложнений. Так, если в первой группе преобладают осложнения, связанные с послеоперационной раной – 3,8% (нагноение, гематомы, серомы), то во второй группе их в два раза меньше. При этом, число осложнений, связанных с зоной оперативного вмешательства возросло, как при малоинвазивных оперативных вмешательствах – 2% (при ЛХЭ – 4%), так и при традиционной методике оперирования – 3,6%. В первой группе данный показатель составил 1,8%. Это можно объяснить технологической сложностью процедуры при малоинвазивных вмешательствах, а при ТХЭ, как в случае с общесоматическими осложнениями, более тяжелым контингентом пролеченных больных.

Обращает на себя внимание тот факт, что при ОЛХЭ процент послеоперационных осложнений ниже, чем в первой группе, что на наш взгляд обусловлено тем, что метод ОЛХЭ сочетает в себе принципы малоинвазивности, обеспечивающей низкий уровень общесоматических и местных осложнений, при этом ОЛХЭ исключает неблагоприятные факторы, характерные для ЛХЭ.

При более детальном рассмотрении нозологической структуры интраабдоминальных осложнений при малоинвазивных оперативных вмешательствах видно, что большая их часть – 35% связана с возникновением жидкостных образований в зоне оперативного вмешательства (гематомы, биломы, абсцессы в ложе желчного пузыря, подпеченочном и поддиафрагмальном пространстве), что объясняется особенностями технического приема.

Таким образом, новые методики малоинвазивных операций позволяют улучшить общие результаты лечения калькулезного холецистита и приводят к изменению характера возникающих осложнений. Пути дальнейшего улучшения результатов лечения калькулезного холецистита мы видим в максимальном расширении показаний к комплексному использованию операций малых доступов в лечении больных желчекаменной болезнью.

Тактика врача при многоузловом зобе

*Шулутко А.М., Семиков В.И., Иванова Н.А., Середин В.П., Горбачева А.В., Миронова М.В., Куликов И.О.
Московская Медицинская Академия имени И.М.Сеченова Кафедра
хирургических болезней №3 лечебного факультета*

Узловые формы зоба представляют собой самое частое заболевание, с которым приходится иметь дело эндокринным хирургам. Бурное увеличение числа больных с узловыми образованиями щитовидной железы, отмечаемое повсеместно в нашей стране, особенно со второй половины 80-ых годов, связано не только с ростом заболеваемости этим недугом, но и с широким внедрением в клиническую практику новых диагностических возможностей, которые становились все более и более общедоступными. Прежде всего речь идет об ультразвуковой диагностике. В последнее десятилетие с помощью постоянно совершенствующейся аппаратуры узлы в щитовидной железе выявлялись с частотой от 11% до 40% у обследуемых с профилактической целью (Ольшанский В.О. и соавт., 1994, Александров Ю.К., 1996, Brander A. et al., 1991). Перед хирургом и сегодня стоит все та же основная проблема, что и десятилетия назад. Она заключается в верификации характера узла и принятии решения о тактике лечения больного. Таким образом на первый план выступает онкологическая сторона вопроса. Чаще всего патологический процесс носит многоузловой характер и даже в случае пальпаторного выявления солитарного узла, при более глубоком обследовании, включающим обязательно УЗИ, часто выявляются другие, более мелкие, множественные образования. Широко распространенное мнение о низкой онкологической опасности многоузлового зоба в действительности не подтверждается. Давно известно существование непальпирующихся, так называемых «скрытых» карцином, диаметром не более 1 см, которые могут отличаться весьма агрессивным течением, проявляющимся в бурном метастазировании

(Валдина Е.А., 1981). Такие опухоли часто скрываются среди множества доброкачественных узлов в одной или обеих долях щитовидной железы (McConahey W.M. et al., 1986). Кроме того, даже несмотря на терапию тиреоидными препаратами, множественные узлы в щитовидной железе часто имеют тенденцию к росту и с течением времени обуславливают развитие компрессионного синдрома. Исходя из этого мы в течение ряда лет придерживались активной хирургической тактике у больных многоузловым зобом. Однако отношение других врачей к этому заболеванию остается предметом дискуссий. Об этом ярко свидетельствуют результаты анкетного опроса 167 членов Европейской Ассоциации Тиреоидологов (Bonnenet S.J. et al., 2000). На вопрос, касающийся тактике ведения больной с многоузловым эутиреоидным зобом, получено 11 различных вариантов ответов. В связи с этим мы решили проанализировать собственный клинический материал, основанный на 19-летнем опыте хирургического лечения больных узловыми формами зоба, с тем чтобы сформулировать свою концепцию по данному вопросу и подтвердить необходимость следования избранной нами активной хирургической тактике у такого рода больных.

С 1981 по 1999 год включительно в нашей клинике по поводу многоузлового зоба оперировано 3639 больных, что составляет 71,3% от всех подвергшихся хирургическому лечению в связи с различными узловыми заболеваниями щитовидной железы за указанный период времени. Среди них было 3465 (95,2%) женщин и 174 (4,8%) мужчины в возрасте от 16 до 84 лет, средний возраст $53,9 \pm 12,8$ лет. Следуя органосберегательному принципу, мы стремились выполнять щадящие операции, полностью удаляя пораженную ткань и при этом по возможности сохраняя здоровую (Таблица №1). Основными объемами оперативного вмешательства были субтотальная резекция щитовидной железы (55%) и гемитиреоидэктомия (31,1%). Все удаленные препараты щитовидных желез подвергались гистологическому исследованию опытным морфологом с обязательной предварительной макроскопической оценкой, в процессе которой уточнялась локализация узлов, их количество, структура и размеры. В результате получена полная анатомо-морфологическая картина узловых заболеваний щитовидной железы. Чаще всего узлы имели коллоидное строение (62,9%), множественные аденомы встречались не так часто (5,3%), а сочетание коллоидных узлов с аденомами выявлено почти у четверти больных (23,4%). Аутоиммунный тиреоидит Хашимото имел многоузловую форму всего лишь в 1,2% случаев. Рак щитовидной железы верифицирован гистологически в многоузловом зобе в 252 случаях, что составляет 7% от общего числа больных. Для оценки степени распространенности злокачественного процесса использовалась классификация рака щитовидной железы Американского Объединенного Комитета по Раку и Комитета TNM Международного Противоракового Союза 1988 года. Опухоль T1 диагностирована в 121 (48,1%) случае, T2 - в 96 (38,1%) случаях, T3 - в 10 (3,9%) случаях и T4 - в 25 (9,9%) случаях. Регионарные и отдаленные метастазы уже были во время первичной операции в 6,7% и 0,7% случаев, соответственно. После распределения больных по степени распространенности злокачественного процесса и гистологическому строению опухоли согласно исполь-

зуемой классификации (Таблица №2) оказалось, что продвинутые III и IV стадии заболевания были только у 30 (11,8%) больных, причем при IV стадии в основном за счет недифференцированных форм рака. Ранние I и II стадии заболевания были у большинства больных - 222 (88,2%), в этих случаях опухоль имела преимущественно папиллярное строение. Важно, что дифференцированные формы рака - папиллярные и фолликулярные, составили абсолютное большинство - 195 (77,4%) и 44 (17,5%) случаев, соответственно. Спорадический вариант медуллярной опухоли диагностирован у 5 (1,9%) больных, а недифференцированный рак - у 8 (3,2%) больных. Верифицированные у 5 больных другие опухоли щитовидной железы представляли собой по одному случаю лимфогранулематоза, злокачественной лимфомы, псевдотуморозной формы подострого тиреоидита де Кервена, метастаза гипернефромы и эктопированной малигнизированной паращитовидной железы. Все они явились случайной гистологической находкой.

Поскольку злокачественные опухоли, также как аденомы и коллоидные зобы, клинически проявляются узлами и рак часто скрывается среди множества этих образований, мы подвергли ретроспективному анализу 3639 гистологических заключений удаленных препаратов щитовидных желез больных многоузловым зобом, по возможности сопоставили их с клиническими данными, с тем чтобы попытаться выявить какие-либо характерные различия между доброкачественными и злокачественными узловыми процессами.

Прежде всего мы исследовали зависимость морфологической структуры многоузлового зоба от возраста и пола больных (Таблицы №3 и №4). Коллоидные узлы чаще всего выявлены у лиц среднего возраста (41-50 лет), множественные аденомы поражали щитовидную железу преимущественно у сравнительно молодых больных (31 - 40 лет). Наиболее опасной в онкологическом аспекте была самая молодая группа больных, до 30 лет. У них рак щитовидной железы диагностирован в 9,4% случаев. Существенных различий по морфологической структуре у больных разного пола не выявлено. Однако рак у мужчин на фоне многоузлового зоба обнаружен в несколько меньшем проценте случаев, чем у женщин, 5,8% и 7%, соответственно.

Далее была определена локализация узлов и их количество. Только одна из долей щитовидной железы была поражена многоузловым процессом у 1414 (38,8%) больных, причем у 1090 (77,1%) из них в доле обнаружено более двух узлов, а у остальных 324 (22,9%) всего лишь два узла. Множественные узлы в перешейке при отсутствии изменений в долях выявлены у 2 (0,1%) больных. Чаще всего многоузловым процессом поражались обе доли щитовидной железы одновременно, такое сочетание обнаружено у 2223 (61,1%) больных. Различные комбинации количества узлов при их локализации в обеих долях щитовидной железы представлены в таблице №5. Хорошо заметно, что при вовлечении в патологический процесс обеих долей щитовидной железы, впрочем как и в случае поражения только одной доли, в подавляющем большинстве случаев (85,4%) узлы были множественными.

С целью определения структуры сочетанной с раком щитовидной железы патологии исследовано морфологическое строение фоновых узлов, их количе-

ство и размеры. При этом 252 больных раком щитовидной железы разделились на три группы. Первая группа была представлена 72 больными, у которых многоузловым процессом была поражена только одна доля щитовидной железы. Это составляет 5,1% от всех 1414 больных с односторонней локализацией множественных узлов. Во вторую группу вошли 178 больных с локализацией узлов в обеих долях, что составляет 8% от 2223 случаев двухстороннего узлового поражения. Малочисленная третья группа состояла всего лишь из 2-ух больных с множественными узлами в перешейке щитовидной железы.

В таблице №6 представлены все варианты сочетания рака с другими морфологическими формами узлов при поражении многоузловым процессом одной доли щитовидной железы. Злокачественная опухоль была представлена одним узлом в 48 (66,7%) случаях, двумя узлами в 10 (13,8%) случаях и множественными узлами в 14 (19,5%) случаях. В общем многофокусный рост опухоли в одной доле обнаружен у 24 больных, что составляет ровно 1/3 от всех 72 случаев. Наиболее часто рак сочетался с коллоидными узлами (44,5%), реже с аденомами (25%) и редко как с коллоидными узлами, так и с аденомами (6,9%). Отсутствовала сочетанная патология у 17 (23,6%) больных. Во всех остальных 55 (76,4%) случаях рак был выявлен на фоне коллоидных узлов или аденом, причем они были множественными у 39 (54,2%) больных.

Также исследовано сочетание рака с другими морфологическими формами узлов при поражении многоузловым процессом обеих долей щитовидной железы (Таблица №7). Прежде всего следует отметить то, что опухоль имела многофокусный характер роста у 55 (30,9%) больных, причем в 47 (26,4%) случаях злокачественный процесс поразил обе доли одновременно. Чаще всего фоновая патология была представлена коллоидными узлами, реже аденомами или сочетанием коллоидных узлов с аденомами, 101 (56,7%), 23 (13%) и 24 (13,5%) случаев, соответственно. Она отсутствовала всего лишь у 30 (16,8%) больных, у 148 (83,2%) больных имелся тот или иной фоновый процесс, причем он был представлен множественными узлами в 126 (70,8%) случаях. При многоузловом процессе в перешейке щитовидной железы в том и другом случае рост злокачественного узла наблюдался на фоне множественных коллоидных узлов. В итоге получается, что рак в многоузловом зобе имел многофокусный характер роста в 79 случаях, что составляет почти 1/3 (31,3%) от всех 252 больных раком щитовидной железы. В 205 (81,4%) случаях он выявлен на фоне другой патологии, такой как коллоидные узлы - 135 (53,6%) больных, аденомы - 41 (16,3%) больных и сочетания коллоидных узлов с аденомами - 29 (11,5%) больных. При этом у 167 (66,3%) больных доброкачественные узлы были множественными.

При сравнении размеров различных по своей морфологической структуре образований у 252 больных раком щитовидной железы оказалось, что средние значения диаметра максимальных и минимальных фоновых коллоидных узлов, аденом и злокачественных опухолей существенно не различались и были близки к аналогичным показателям для всех узлов в многоузловом зобе (Таблица №8).

Однако значительно больший интерес представляет сопоставление не усредненных величин, а истинных размеров злокачественных опухолей и фоновых доброка-

чественных узлов (Таблица №9). Очень важно, что из 205 больных раком щитовидной железы с сопутствующими доброкачественными узлами у 121 (59%) диаметр злокачественной опухоли не превышал 1 см, в подавляющем большинстве случаев она располагалась в толще доли, поэтому не пальпировалась и была скрытой. Размеры фоновых доброкачественных узлов у этих больных были такими же почти в 1/3 (31,4%) случаев, их пальпаторное выявление также представляло трудности. Зато более чем в 2/3 (68,6%) случаев сопутствующие доброкачественные образования по своим размерам превышали злокачественные опухоли, причем во многих случаях существенно. Выделяясь на общем фоне, эти коллоидные узлы и аденомы хорошо пальпировались, а опухоль была скрыта среди них. У 3 больных с непальпирующейся первичной опухолью были метастазы в регионарные лимфоузлы шеи, которые явились первым клиническим проявлением заболевания (метастатический вариант папиллярного рака по Е.А.Валдиной). Установлено, что двое из них наблюдались более года в поликлинике в связи со случайно выявленными при УЗИ мелкими узлами щитовидной железы и были направлены к нам на консультацию с диагнозом «лимфаденопатия» только после появления объемного образования в области шеи.

У 84 (41%) больных злокачественная опухоль была доступна пальпации. У 54 из них ее диаметр был от 1 до 2 см. Более чем у 1/3 (35,2%) этих больных размеры сопутствующих узлов были такими же, а почти у 9% (24,1%) даже больше. Число случаев наблюдений, когда размеры карциномы превышали 2 и 3 см не так велико, 14 (6,8%) и 16 (7,9%) больных, соответственно. Хотя у большинства из них диаметр сопутствующих коллоидных узлов и аденом был меньше диаметра самой опухоли, все же в 5 случаях размеры доброкачественных образований превышали размеры карциномы или были такими же.

Всего отмечено только 47 (22,9%) случаев, когда злокачественная опухоль выделялась среди множества доброкачественных узлов. Большинство этих больных наблюдались врачами амбулаторно-поликлинической сети длительное время и основанием для госпитализации в хирургический стационар явился быстрый рост узлов, особенно на фоне «лечения» L-тироксинном. При поступлении у 4 больных уже были регионарные метастазы и в 6 случаях опухоль прорастала капсулу щитовидной железы.

Суммируя факты, можно утверждать, что вопреки общепринятому мнению, выделяющийся на общем многоузловом фоне один из узлов, не может указывать на высокую вероятность наличия злокачественной опухоли и значительно чаще она скрывается среди таких же или больших по размеру коллоидных узлов и аденом, что наблюдалось нами в 158 (77,1%) случаях. Причем такая скрытая опухоль может вести себя довольно агрессивно, метастазировать в лимфатические узлы шеи. Выделяющийся на общем фоне узел тем не менее заставляет заподозрить рак, однако скорее свидетельствует о длительности процесса.

Таким образом, мы не обнаружили каких-либо четких признаков, которые могли бы достаточно достоверно указывать на ранние стадии развития злокачественной опухоли в многоузловом зобе. Учитывая отсутствие патогномоничных ультразвуковых критериев злокачественности и тот факт, что нельзя подвергнуть пункционной биопсии множество узлов в многоузловом зобе, мы настоятельно рекомендуем таким

больным оперативное лечение. Такая активная хирургическая тактика по отношению к больным многоузловым зобом позволила оперировать большинство (82,2%) больных раком щитовидной железы на ранних I и II стадиях заболевания, что обусловило хорошие отдаленные результаты лечения. Все больные дифференцированными формами рака I-II стадии, протекающими на фоне многоузлового зоба, живы в сроки от 2 до 19 лет после операции. Необоснованно длительное наблюдение за больными многоузловым зобом приводило к запущенному злокачественному процессу, многие эти больные поступали с III - IV стадиями заболевания, что естественно отрицательно сказалось и на отдаленных результатах лечения. Поэтому мы убеждены в необходимости раннего хирургического лечения больных многоузловым зобом.

Таблица №1.

Объем оперативного вмешательства и морфологическая структура многоузлового зоба.

Объем операции	Морфологическая форма						Всего
	З*	Аденома	КЗ+ Аденома	Тиреоидит Хашимото	Рак	Другие опухоли	
Гемитиреоидэктомия	743 (32,5%)	102 (52,3%)	232 (27,2%)	2 (4,3%)	34 (21,4%)	1	1134 (31,1%)
Гемитиреоидэктомия + субтотальная резекция контралатеральной доли	92 (4%)	6(3,1%)	26 (3,1%)		102 (40,5%)		226 (6,1%)
Гемитиреоидэктомия + частичная резекция контралатеральной доли	108 (4,7%)	12 (6,2%)	61 (7,2%)	6 (13%)	3 (1,2%)	1	191 (5,1%)
Субтотальная резекция щитовидной железы	1314 (57,4%)	75 (38,4%)	512 (60,1%)	30 (65,2%)	66 (26,2%)	1	1998 (55%)
Тотальная тиреоидэктомия	32 (1,4%)	-	21 (2,4%)	8 (17,5%)	22 (8,7%)	1	84 (2,4%)
Резекция перешейки	-	-	-	-	2 (0,8%)	-	2 (0,1%)
Частичная резекция щитовидной железы	-	-	-	-	3 (1,2%)	1	4 (0,2%)
Итого	2289 (62,9%)	195 (5,3%)	852 (23,4%)	46 (1,2%)	252 (7%)	5 (0,2%)	3639 (100%)

*КЗ - коллоидный зоб

Таблица №2.

Распространенность злокачественного процесса и гистологическое строение опухоли у 252 больных раком щитовидной железы на фоне многоузлового зоба.

Стадия злокачественного процесса	Гистологическое строение опухоли				Всего
	Папиллярный рак	Фолликулярный рак	Медулярный рак	Недифференцированный рак	
I	130	24	1	-	155 (61,6%)
II	52	12	3	-	67 (26,6%)
III	13	6	1	-	20 (7,9%)
IV	-	2	-	8	10 (3,9%)
Итого	195 (77,4%)	44 (17,5%)	5 (1,9%)	8 (3,2%)	252 (100%)

Таблица №3.

Зависимость морфологической структуры многоузловых форм зоба от возраста больных

Морфологическая структура	Многоузловые формы зоба						Всего
	< 30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	> 70 лет	
коллоидный зоб	83 (64,8%)	298 (57,6%)	591 (71,9%)	553 (62,5%)	588 (60,2%)	176 (56,8%)	2289
Аденома	6 (4,7%)	73 (14,1%)	21 (2,6%)	22 (2,5%)	55 (5,6%)	18 (5,8%)	195
коллоидный зоб + Аденома	25 (19,5%)	105 (20,3%)	137 (16,7%)	234 (26,4%)	257 (26,4%)	94 (30,3%)	852
Тиреоидит Хашимото	0	6 (1,2%)	24 (2,9%)	2 (0,2%)	14 (1,4%)	0	46
Другие опухоли	2 (1,6%)	0	1 (0,1%)	0	1 (0,1%)	1 (0,3%)	5
Рак	12 (9,4%)	35 (6,8%)	48 (5,8%)	74 (8,4%)	62 (6,3%)	21 (6,8%)	252
Итого	128 (3,5%)	517 (14,3%)	822 (22,6%)	885 (24,3%)	977 (26,8%)	310 (8,5%)	3639

Таблица №4.

Зависимость морфологической структуры многоузловых форм зоба от пола больных.

Морфологическая структура	Многоузловые формы зоба - 3639		Всего
	Мужчины	Женщины	
коллоидный зоб	114(65,5%)	2175 (62,8%)	2289
Аденома	12 (6,9%)	183 (5,3%)	195
коллоидный зоб + Аденома	38 (21,8%)	814 (23,5%)	852
Тиреоидит Хашимото	0	46 (1,3%)	46
Другие опухоли	0	5 (0,1%)	5
Рак	10 (5,8%)	242 (7%)	252
Итого	174 (4,8%)	3465 (95,2%)	3639

Таблица №5.

Комбинация количества узлов при одновременном поражении обеих долей щитовидной железы.

количество узлов		Число больных
Доля железы	Доля железы	
1 узел	1 узел	223 (10%)
1 узел	2 узла	75 (3,3%)
1 узел	Много узлов	422 (19%)
2 узла	2 узла	28 (1,3%)
2 узла	Много узлов	105 (4,7%)
Много узлов	Много узлов	1370 (61,7%)
Всего		2223 (100%)

Таблица № 6.

Сочетание рака с другими морфологическими формами узлов при поражении многоузловым процессом одной доли щитовидной железы

Сочетанная морфологическая форма и количество узлов	Рак количество узлов			Всего 72 больных (100%)	
	1 узел 48 больных	2 узла 10 больных	Много узлов 14 больных		
1 коллоидный узел	5	-	-	5	32 (44,5%)
2 коллоидных узла	2	-	-	2	
Много коллоидных узлов	23	1	1	25	
1 Аденома	9	1	1	11	18 (25%)
2 Аденомы	1	-	-	1	
Много Аденом	4	1	1	6	
1 коллоидный узел + 1 Аденома	1	-	-	1	5 (6,9%)
Много коллоидных узлов + 1 Аденома	1	-	1	2	
Много коллоидных узлов + Много Аденом	2	-	-	2	
Сочетание	48	3	4	4	55(76,4%)

Таблица № 7.

Сочетание рака с другими морфологическими формами узлов при поражении многоузловым процессом обеих долей щитовидной железы

Локализация злокачественной опухоли и количество узлов рака	Сочетанная патология (число больных)			
	Коллоидные узлы	Аденомы	Коллоидные узлы + Аденомы	Всего с сочетанной патологией
I доля-1 узел II доля-1 узел 22 (12,4%) больных	2	1	2	5
I доля-1 узел II доля- 2 узла 6 (3,4%) больных	3	0	1	4
I доля-1 узел II доля- много узлов 9 (5%) больных	3	1	1	5
I доля-1 узел II доля- 0 узлов 123 (69,1%) больных	86	17	19	122
I доля-2 узла II доля- 0 узлов 3 (1,7%) больных	2	1	0	3
I доля-много узлов II доля- много узлов 10 (5,6%) больных	2	1	1	4
I доля-много узлов II доля- 0 узлов 5 (2,8%) больных	3	2	0	5
Итого 178 (100%) больных Из них с множественными узлами 55(30,9%)	101 (56,7%) Из них с множественными узлами 93 (92,4%)	23 (13%) Из них с множественными узлами 9(39,1%)	24 (13,5%) Из них с множественными узлами 24(100%)	148 (83,2%) Из них с множественными узлами 126(85,1%)

Таблица №8.

Средние значения диаметра узлов в многоузловом зобе в зависимости от морфологической формы образования.

Морфологическая форма	Размеры узловых образований	
	Д max (см)	Д мин (см)
Рак	1,8 ± 1,7	0,8 ± 0,6
Аденома	1,8 ± 1,1	0,5 ± 0,3
коллоидные узлы	1,6 ± 1,1	0,6 ± 0,4
Все морфологические формы	1,6 ±	1,2

Д max - диаметр максимального узла Д мин - диаметр минимального узла

Таблица №9.

Размеры злокачественной опухоли и фоновых доброкачественных узлов

Рак	Сопутствующие доброкачественные узлы				Всего
Диаметр узла	<1см	> 1 см < 2 см > 2 см & 3 см		>3см	
< 1 см	38 (31,4%)	43 (35,5%) 21 (17,4%)		19 (15,7%)	121 (59%)
		83 (68,6%)			
> 1 см < 2 см	22 (40,7%)	19 (35,2%)	10 (18,5%)	3 (5,6%)	54 (26,3%)
			13(24,1%)		
>2 см < 3 см	7 (50%)	4 (28,6%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	14 (6,8%)
			3 (21,4%)		
>2 см < 3 см	5 (31,2%)	8 (50%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	16 (7,9%)
Всего	135 (35,1%)	36 (9,6%)	34 (9,0%)	25 (12,2%)	205 (100%)

Современные подходы к комплексной терапии у больных с осложненными формами синдрома "Стопы диабетика"

*Б.С.Брискин, А.В.Прошин, Е.В.Кузнецов, Т.И.Сакунов, Я.И.Якобшвили,
Кафедра хирургических болезней с курсом
клинической ангиологии МГМСУ
(зав. кафедрой проф. Б.С.Брискин), отделение гнойно-септической
хирургии ГКБ № 81 (глав. врач Н.В.Верткина).*

Поражение стоп является одним из наиболее тяжелых осложнений сахарного диабета. Это сложный комплекс анатомо-функциональных изменений, связанных с диабетической нейропатией, ангиопатией, остеоартропатией, на фоне которых развиваются гнойно-некротические процессы (Балаболкин М.И., 1989; Аметов А.С., 1992; Брискин Б.С. и соавт. 1999). Окончательные цифры распространенности синдрома диабетической стопы неизвестны. По мнению большинства исследователей около 30-40% больных сахарным диабетом имеют широкий спектр проблем, связанных с патологическим изменением конечностей (Rodgers M.M., 1985; Jettoate W., 1989), а у 20-25% пациентов возникают патологические состояния, называемые синдромом "диабетической стопы" (Jettoate W., 1995; Vileikyte L. 1995). Динамика частоты поражения стоп показывает, что большинство из более чем 110 млн. больных диабетом в мире страдают либо будут страдать патологическими изменениями в нижних конечностях и широким спектром проблем стопы (Jacot E., 1990 G.T. Reiber 1995). По данным зарубежной литературы из 14 млн. больных, страдающих сахарным диабетом, 2 млн. имеют язвенные поражения стоп и на этих больных приходится 20% всех госпитализаций в хирургический стационар; 50% всех нетравматических ампутаций; причем в течение 7 лет отмечено более 50% повышение популяции больных имевших язвенные или другие изменения в стопе (Levin M.E. et all., 1988; Saleh et all., 1994). При этом следует отметить, что результаты комплексного лечения больных с этой патологией основываются на адекватном медикаментозном обеспечении процесса лечения. О состоянии проблемы диабетической стопы в отечественной хирургической практике нельзя судить объективно, так как в принятой отчетности отсутствует сама нозологическая форма "диабетическая стопа" и ее единая трактовка среди исследователей занимающихся этой проблемой. Исходя из вышеизложенного нет единого мнения по проведению необходимой медикаментозной терапии. Слабая оснащенность диагностической аппаратурой, позволяющей объективно об изменениях макро и микро сосудистого русла, степени нарушения иннервации вынуждают исследователей переоценивать данные, доступных им инструментальных методов, которые далеко не в полной мере

отражают стадию развития патологического процесса. Отсутствие единой классификации затрудняет степень оценки полученных результатов и выбрать оптимальную схему медикаментозной терапии при осложненных формах стопы диабетика.

Нами изучены результаты комплексного лечения больных с осложненными формами синдрома "стопы диабетика" за последние 6 лет у 3721 больного. Из них этапному хирургическому лечению, в ряде случаев повторным оперативным вмешательствам подверглись 2416 пациентов, у которых выполнено 3515 операций. Все изучаемые нами больные имели трофические нарушения в тканях стопы с формированием язв, абсцессов, флегмон, остеомиелитов, некрозов, гангренов. Основываясь на результатах промежуточного анализа совершенствовались наши представления об этой патологии и применение схемы медикаментозной терапии. Отсутствие в отечественной хирургической практике рабочей классификации синдрома диабетической стопы позволяет нам предложить обобщенную классификацию, разработанную в нашей клинике, с учетом имеющихся место морфо-анатомических изменений стопы, с отражением состояния регионального кровотока и сенсомоторных нарушений.

Классификация осложненных форм синдрома диабетической стопы.

А. По форме:

1. нейропатическая стопа;
2. ишемическая стопа;
3. нейроишемическая стопа.

Б. По распространенности поражения (Wagner)

0 степень – отсутствуют изменения на кожных покровах и костные деформации

1 степень – поверхностная язва без проникновения в глубокие слои

2 степень – поверхностная язва с поражением сухожилия, кости, суставных связок

3 степень – воспаление сухожильного влагалища, остеомиелит или глубокие абсцессы

4 степень – гангрена пальцев или всей стопы

5 степень – гангрена всей ноги

В. По локализации и характеру поражения:

Правая, левая стопа, поражение обеих стоп. Поверхность – тыльная, подошвенная и одновременно та и другая. Область стопы – пальца, плюсна, предплюсна, суставы, стопа в целом.

Пальцы.

-панариции: кожный, ногтевой (паронихия, подногтевой панариций), подкожный, сухожильный (гнойный тендовагинит, подошвенный и тыльный гнойный тендобурсит), костный, суставной, костно-суставной.

Язвы: поверхностная, перфорирующая.

Акральный некроз пальца.

Пандактилит: гангрена – сухая, влажная.

Стопа.

Абсцессы:

-кожный;

-мозольный.

Флегмоны:

-эпифасциальная подошвенной и тыльной поверхности;

-межпальцевая;

-субапоневротическая подошвенной поверхности и тыла стопы;

-латерального подошвенного пространства;

-медиального подошвенного пространства;

-срединного подошвенного пространства;

Язва стопы: поверхностная, перфорирующая;

Гангрена стопы: сухая, влажная.

Панфлегмона.

В комплексе обследования больных помимо общепринятых клинических методов исследования выполнялись специальные методы исследования, позволяющие оценить состояние макро и микро сосудистого русла на нижних конечностях – реовазография, ультразвуковая доплерография, капиллярная микроскопия, транскутанное напряжение кислорода в коже (T_{cPO_2}), лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ). При наличии возможности вмешательства на крупных артериальных сосудах после выполнения ультразвуковой доплерографии проводили ангиографическое исследование, на основании которого выносили решение о целесообразности ангиохирургической операции.

Данные методы обследования позволяли оценить степень поражения сосудистого русла, дифференцировать формы поражения стопы, а также выбрать оптимальный комплекс медикаментозной терапии. Исходя из предложенной классификации выделяли следующие формы поражения стопы: нейроишемическую – 2251 (60,5%) и нейропатическую – (39,5%). У больных с ишемической формой всегда имели место элементы нейропатии более или менее выраженные, в связи с чем мы перестали ее выделять как отдельную форму и эта часть больных вошла в группу с нейроишемическим поражением.

В зависимости от формы поражения стопы были разработаны следующие схемы лечения.

Независимо от формы поражения стопы в комплексное лечение включали препараты, нормализующие обменные процессы в организме, уделяя особое внимание коррекции углеводного и липидного обменов. В комплекс лечения больных с нейроишемической формой поражения стопы включали: 1) инфузионную терапию, включающую в себя применение ангиопротекторов (вазопростан и др.), дезагрегантов (реополиглюкин, трентал и др.), а при наличии явлений интоксикации препаратов обладающих дезинтоксикационным действием (гемодез); 2) по показаниям применение антикоагулянтов (фрагмин и др.) и препаратов улучшающих обмен липидов и холестерина (эспа-липон); 3) антибактериальную терапию препаратами разных групп с широким спектром дей-

ствий, а при низкой эффективности последней предпочтение отдавалось препаратам из группы карбопенемов (тиенам); 4) использование препаратов, содержащих витаминный комплекс группы В (мильгама); 5) использование различных физических факторов для стабилизации местных проявлений у больных с осложненными формами "стопы диабетика" (гипербарическая оксигенация, квантовая терапия, низкочастотный ультразвук и др.; 6) хирургическое лечение, направленное на сохранение опорной функции стопы. Последнее достигается резекцией стопы, позволяющая уменьшить явления интоксикации, стабилизировать уровень глюкозы в крови и провести необходимые исследования, по результатам которых принимается решение о целесообразности катетеризации артерий для регионарного введения лекарственных препаратов, выполнения внебрюшинной поясничной симпатэктомии или адекватной сосудистой хирургической коррекции. В случае прогрессирования гнойно-некротического процесса решали вопрос об уровне ампутации нижней конечности.

План местного лечения составляли с учетом течения и фазы раневого процесса. В первой фазе раневого процесса использовали протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин), а также пектин (препарат Бэта-Beta) обладающий выраженными адсорбционными, гигроскопическими и протеолитическими свойствами, что способствовало очищению раны в кратчайшие сроки от гнойного экссудата и детрита, стимулировало наступление второй фазы раневого процесса. Во второй фазе – наряду с традиционными препаратами применяли куриозин, обладающий антисептическими и ярко выраженными регенерирующими свойствами.

Принимая во внимание патогенез формирования нейропатической стопы, при составлении схемы медикаментозной терапии вносили коррекцию в вышеуказанный комплекс. Назначение ангиопротекторов считали нецелесообразным, отдавая предпочтение назначению дезагрегантов, низкомолекулярных гепаринов (фрагмин, фраксипарин) и препаратам, улучшающих нервную трофику сосудов и тканей (мидокалм, мильгама и др.).

Дифференцированный подход к лечению больных со "стопой диабетика" позволил выполнить различные органосохраняющие оперативные вмешательства на стопе (вскрытие и дренирование флегмон, экзартикуляция пальцев, резекции стоп, некрэктомии) у 1764 пациентов (73%), тем самым позволяя снизить количество высоких ампутаций с 26,8% до 23,2% и длительность пребывания больных в условиях стационара с 28,4% до 23,6%.

ОРГАННАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Коровин А.Я., Базлов С.Б., Ишханян И.Х., Гедзюн Р.М.

Кафедра госпитальной хирургии Кубанской медицинской академии

Введение. Язвенные гастродуоденальные кровотечения постоянно находятся в центре внимания хирургов. Несмотря на данные литературы о некотором снижении заболеваемости язвенной болезнью в развитых странах отмечается, что частота хирургических вмешательств при осложненных формах язвенной болезни (кровотечение, перфорация, стеноз), с 50-х годов до настоящего времени практически остается неизменной. Отмечено, что ни успешное консервативное лечение, ни снижение числа язвенных заболеваний не сыграло положительной роли в уменьшении осложненных форм язвенной болезни.

Важнейшим условием развития язвенного поражения является устойчивость слизистой оболочки гастродуоденальной зоны к воздействию ulcerогенного фактора, которая включает гель слизи, секрецию бикарбоната, способность слизистой к регенерации, а также достаточный кровоток и кровоснабжение слизистой оболочки. Считается, что состояние кровообращения в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) может служить одним из критериев выбора метода оперативного лечения осложненной язвенной болезни.

Материалы и методы. Изучение регионарного кровотока и микроциркуляции проводили во взаимосвязи с морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка и состоянием желудочной секреции у 129 пациентов с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК). В 16 случаях исследование проводилось интраоперационно. Для этого использовали метод биполярной реогастрографии в модификации кафедры. Количественная оценка реограмм производилась с учетом временных отрезков пульсокомп-лексов и показателей интенсивности кровенаполнения. При этом определяли:

1. Реографический индекс (РИ) - отношение амплитуды реограммы (А) к амплитуде калибровочного сигнала (Ак), как показателя величины систолического притока в исследуемую область.
2. Время максимального кровенаполнения (а) - характеризующее кровенаполнение слизистой за период каждого сокращения сердца.
3. Амплитудно-частотный показатель (АЧП) - отношение РИ к длительности сердечного цикла в секундах. Характеризует величину объемного кровотока в исследуемой области в единицу времени.
4. Отношение Ас к Ад, где Ас - амплитуда систолической волны, а Ад - амплитуда диастолической волны. Отражает соотношение артериального и венозного кровотока.
5. Отношение а/Т, где Т длительность всего пульсокомплекса. Показатель

состояния эластичности и тонуса сосудов.

Для выяснения характера морфологических изменений слизистой оболочки желудка, в дооперационном периоде у всех больных выполнялась биопсия слизистой антрального отдела желудка из 3-5 точек, по 2-3 кусочка на каждом участке. В дальнейшем проводились серийные срезы препаратов с их окрашиванием гематоксилин-эозином по Ван-Гизону, микроскопическим исследованием и морфологической оценкой.

Результаты и обсуждение. Реограммы в области язвенного поражения отличаются необычностью формы. На них определяется быстрый подъем восходящей части ($\alpha = 0.091$ сек.), острая вершина, быстрый спуск нисходящей части волны до изолинии или даже ниже ее. Постсистолическая волна равна или выше систолической. По основным критериям реографии такая форма кривых характеризует гипотонию, обусловленную выраженным вазопарезом данного участка ткани. Объемный базальный кровоток луковицы ДПК во всех случаях был снижен в среднем на 26,5% и колебания его показателей, в зависимости от выраженности гастритического поражения антрального отдела от поверхностного до выраженного, несущественны и статистически недостоверны.

В группе пациентов с выраженным атрофическим гастритом с явлениями перестройки эпителия при снижении объемного кровотока и величины систолического притока области луковицы ДПК соответственно на 32,2% и 34,15%, отмечается уменьшение этих показателей и слизистой антрального отдела желудка в среднем на 10,1%. Кроме того, значительно увеличивается время венозного оттока на 18,9% и амплитуда диастолической волны на 63,9%.

Больные, подвергшиеся как резекционным (40 пациентов), так и органосохраняющим (89 пациентов) методам операции были обследованы на 14-21 сутки после оперативного вмешательства и в сроки от 3 месяцев до 3 лет.

На 14-21 сутки послеоперационного периода базальный кровоток культи желудка был снижен на 45,58% и на 48,7% после резекций 2/3 желудка по Бильрот-1 и Бильрот-2, и на 47,35% после антрумэктомии и селективной желудочной ваготомии по сравнению с дооперационными базальными показателями (таблица 1).

Таблица 1

Параметры средних показателей базального кровотока гастродуоденальной зоны после СЖВ и антрумэктомии в различные сроки послеоперационного периода.

Показатели	2 нед.	3 мес.	1 год	3 года
АПЧт	$1,09 \pm 0,06$	$1,19 \pm 0,09$	$1,22 \pm 0,15$	$1,59 \pm 0,13$
АПЧа	$1,38 \pm 0,11$	$1,41 \pm 0,07$	$1,44 \pm 0,08$	$1,52 \pm 0,08$
АПЧз	$1,01 \pm 0,03$	$1,11 \pm 0,05$	$1,49 \pm 0,11$	$1,48 \pm 0,07$
БПК	$1,16 \pm 0,08$	$1,14 \pm 0,07$	$1,17 \pm 0,11$	$1,15 \pm 0,04$
МПК	$9,32 \pm 1,76$	$10,09 \pm 1,1$	$9,96 \pm 1,09$	$9,11 \pm 1,12$

Менее всего снижение объемного кровотока определяется после антрэктомии в сочетании с селективной желудочной ваготомией, в то же время эта операция обеспечивает наиболее надежное подавление желудочной секреции, которая с течением времени практически не имеет тенденции к увеличению.

Органосохраняющие операции были выполнены у 89 больных с кровоточащими дуоденальными язвами. СПВ в сочетании с мостовидной дуоденопластикой у 32 пациентов, в сочетании с сегментарной дуоденопластикой в 24 случаях. У 13 больных выполнена пилоропластика по Гейнеке-Микуличу с селективной желудочной ваготомией (СЖВ). СЖВ в сочетании с пилоропластикой по Финнею произведена 18 пациентам, а с гастродуоденоанастомозом по Джабулею в 2 случаях.

Изучение базального кровотока гастродуоденальной зоны после органосохраняющих операций показало снижение его в слизистой луковицы ДПК на 29,27% после мостовидной дуоденопластики и на 35,77%) после сегментарной дуоденопластики в сроки 2-3 недели после операции.

В сроки от 3 месяцев до 3 лет послеоперационного периода показатели объемного кровотока луковицы ДПК стремились к повышению и в случаях мостовидной дуоденопластики возвращались к норме. У больных перенесших сегментарную дуоденопластику через 3 года после операции сохранялось снижение объемного кровотока, в среднем составившее 20,39%. Это свидетельствует о более выгодной в плане восстановления функционально-сосудистых связей методике мостовидной дуоденопластики (таблица 2).

Таблица 2

Параметры базального кровотока гастродуоденальной зоны в различные сроки после СПВ в сочетании с дуоденопластикой

Вид дуоденопластики	2-3 нед.	6 мес.	1 год	3 года
Мостовидная АПЧл	0,87 +0,06	0,91 +0,03	14,88 +1,6	1,51 +0,09
Сегментарная АПЧл	0,79 +0,04	0,90 +0,03	1,17 +0,02	1,21 +0,1
ВПК	0,89 +0,75	0,78 +0,04	0,96 +0,44	0,86 +0,09
МПК	14,73 +1,24	14,88 +1,6	15,43 +1,44	13,04 +1,66

При контрольном исследовании желудочной секреции через 2-3 недели после операции отмечено снижение БПК на 92,51% и МПК на 29,93%. В последующие сроки наблюдения показатели секреторной активности желудка оставались

на прежнем уровне. У 5 пациентов с сопутствующим выраженным антрум-гастритом и атрофическим гастритом с явлениями метаплазии эпителия определялось значительное снижение показателей объемного кровотока слизистой антрального отдела и тела желудка на 39,74% и 56,98% по сравнению с дооперационными данными. Это сопровождалось выраженными явлениями хронического воспаления пилороантральной области с элементами очаговой атрофии слизистой и нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка с клиническими проявлениями гастростаза.

К исходу 3 лет после операции сохранялось снижение указанных показателей в среднем на 47,13%. Кроме того, селективная проксимальная ваготомия, наряду с уменьшением артериального притока к телу и антральному отделу желудка, приводила к уменьшению венозного компонента реограммы, снижению амплитуды диастолической волны (Ад) на 66,78% и, как следствие этого, увеличению показателя Ас/Ад на 14,31%.

При анализе реографических показателей базального кровотока гастродуоденальной зоны у всех 33 больных, которым была произведена СЖВ с пилоропластикой, определялось снижение регионарного кровотока тела (АЧПт) и антрального отдела желудка (АЧПа) на 54,18% и 37,45%, в первые 2 недели после операции по сравнению с дооперационной базальной величиной кровотока.

Данное обстоятельство подтверждало обоснованность указанного вида органосохраняющих операций. Это сопровождалось снижением базальной продукции кислоты (БПК) в среднем на 86,74% и максимальной секреции (МПК) на 26,3%. Эти изменения были наиболее выражены в группе пациентов с выраженным атрофическим гастритом с явлениями метаплазии эпителия. В указанной группе у 2 больных определялось критическое снижение показателей кровообращения антрального отдела желудка. С течением времени после операции к 3 годам, в подавляющем большинстве случаев определялось некоторое увеличение показателей базального кровотока тела и антрального отдела желудка без повышения уровня желудочной секреции.

В то же время в сроки от 2 недель до 3 месяцев послеоперационного периода определялось умеренное снижение объемного базального кровотока луковицы ДПК (АЧПл) от 9,35% до 17,81%. Это снижение в большей степени было выражено у пациентов, которым была произведена пилоропластика по Гейнеке-Микуличу и гастродуоденоанастомоз по Джабулею. В случаях пилоропластики по Финнею снижение кровотока пилорoduоденальной области не превышало 6,38%. К 1 году послеоперационного периода происходило постепенное увеличение показателей кровотока, а к 3 годам они приближались к норме, причем стабилизация их быстрее проходила в группе пациентов, которым производилась пилоропластика по Финнею.

На основании количественных значений показателей объемного кровотока и морфологических нарушений все изменения гемодинамики были разделены по степеням тяжести.

- 1 степень - компенсированная.
- 2 степень - субкомпенсированная.

3 степень - декомпенсированная.

1 степень характеризуется снижением АЧП антрального отдела желудка не более чем 20-25% от нормы, наличием поверхностного гастрита или гастрита с поражением желез без атрофии. Таким пациентам, после остановки кровотечения, проводился курс противоязвенной терапии с применением сосудистых протекторов и препаратов улучшающих микроциркуляцию. После проведения курса лечения происходило повышение показателей объемного кровотока гастродуоденальной области на 15-20%) по сравнению с исходными. В этой группе больных операцией выбора была дуоденопластика или дуоденорезекция в сочетании с селективной проксимальной ваготомией. Наилучшие функциональные результаты в данной группе обусловлены перераспределением кровотока, которое возникает вследствие скелетизации малой кривизны желудка, что можно объяснить механизмами артериовенозного шунтирования. 2 степень нарушений гемодинамики желудка характеризовалась снижением показателей объемного кровотока на 25-50%) по сравнению с нормой и наличием сопутствующего умеренно выраженного или выраженного атрофического гастрита. Такие изменения встречались у больных среднего возраста с длительным язвенным анамнезом, при наличии пенетрации или субкомпенсированного бульбодуоденостеноза. Несмотря на то, что проводимое данной категории пациентов консервативное лечение в течение 14-18 дней не приводило к существенному улучшению показателей объемного кровотока, мы считали возможным проведение органосохраняющих операций в виде радикальной дуоденопластики в сочетании с СПВ. При этом происходило восстановление показателей органного кровообращения к исходу 6 месяца послеоперационного периода.

При 3 степени тяжести определялось значительное, более чем на 50%, снижение АЧП на фоне выраженного атрофического гастрита с явлениями метаплазии эпителия по кишечному или пилорическому типу. В этой группе возникает необходимость резекционных способов оперативного лечения с преимущественной резекцией ишемизированных участков. Таким участком, чаще всего, является антральный отдел желудка, подвергающийся наибольшему морфофункциональным изменениям. Поэтому операцией выбора для данной категории больных служила антрумэктомия в сочетании с антацидной операцией на блуждающих нервах. В этих случаях отмечались более высокие цифры объемного кровотока культи желудка, чем при стандартных методах резекции желудка. Таким образом, при 3 стадии сосудистых нарушений, с сопутствующим выраженным атрофическим гастритом или гастритом с метаплазией эпителия, целесообразно выполнить комбинированную желудочную ваготомию и антрумэктомию. Этот вид операции можно рекомендовать также при выраженном гастродуодените со снижением АЧП луковицы более 50% и нарушением ошелачивающей функции антрального отдела.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА: ПЕРВАЯ ОПЕРАЦИЯ - ПЕРВЫЕ ВПЕЧАТЛЕНИЯ

*Маскин С.С., Скоркин В.В., Цибизов С.И., Хан Е.Т., Куприянова А.В.,
Очнев Ю.А., Выскуб М.Н., Ряснянская Е.Е.
Кафедра госпитальной хирургии Волгоградской медицинской академии,
НМУ "Медицинский комплекс", г. Волгоград*

История лапароскопической (ЛС) хирургии желудка (Ж) коротка; первые сообщения о резекции Ж по Бильрот-II появились в 1993 году, но уже к 1994 г. по данным интернационального клуба желудочной хирургии было выполнено 117 операций 18 хирургами из 13 стран [цит. по Балалыкину А.С.]. Тогда же появились первые сообщения об операциях в России.

Практически все авторы считают способ Бильрот-II наиболее предпочтительным в ЛС вариантах резекции Ж. Наибольшее распространение получили ЛС-ассистированные (ЛСА) варианты резекции Ж, как более экономичные и менее продолжительные. Так или иначе, все ЛС резекции Ж являются ассистированными, поскольку требуется выполнение минилапаротомии, хотя бы для удаления резецированной части Ж из брюшной полости.

По мнению многих авторов, уже сегодня ЛС резекции Ж могут стать реальной альтернативой открытым операциям не только при язвенной болезни, но и в онкологической практике, т.к. обладают рядом несомненных преимуществ: меньшей травматичностью и частотой осложнений, ранней медицинской и социальной реабилитацией больных. Появились сообщения об ЛС операциях большого объема - субтотальная резекция Ж и гастрэктомия, что является расширением возможностей ЛС операций на Ж. Однако, лишь немногие клиники в России обладают опытом ЛС резекции Ж, ввиду высокой себестоимости, отсутствия опыта в ЛС хирургии Ж и других причин.

В клинике госпитальной хирургии Волгоградской медицинской академии первая ЛСА субтотальная резекция желудка выполнена 8.06.2000 г; это стало возможным при наличии подготовленных кадров и инструментальном обеспечении, благодаря созданию фирмы "Медицинский комплекс" (ген. дир. - Ю.А.Очнев). Финансирование операции осуществлялось за счет прибыли, получаемой от других платных операций. Использовали ЛС оборудование и инструментарий фирм "Эндомедиум", "Auto Suture", "Ethicon". В данном сообщении анализируется первый собственный опыт подобных операций.

Больной Б., 62 лет страдал язвенной болезнью Ж с 1997 года, неоднократно лечился в гастроэнтерологическом стационаре. При рентгенологическом исследовании в апреле 2000 г. выявлена гигантская язва (3 x 2 см) с периферическим

инфильтратом диаметром до 7 см в средней трети тела Ж по задней стенке, подтвержденная при ФГДС (биопсия - хроническая язва). При контрольной ФГДС после курса лечения в гастроэнтерологии - динамики нет и больной был переведен в госпитальную хирургическую клинику для операции.

Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами с Фовлеровским положением операционного стола под углом 5-10 град. Операционная бригада состояла из: хирурга, ассистента, видеооператора, операционной сестры, анестезиолога, анестезистки. Эндоскопическая стойка с монитором и инструментальные столы располагались в области ног.

Лапароскопические порты располагались следующим образом: 1 - по верхнему краю пупочного кольца - 10 мм троакар (лапароскоп), 2 - в левом подреберье по среднеключичной линии - 10 мм (эндожам Бэбкокк, эндоожницы, эндоклипер), 3 - в правом подреберье по среднеключичной линии - 10 мм (эндожам Бэбкокк, эндостеплер), 4 - слева на уровне пупка по параректальной линии - 5 мм (эндоожницы, эндожам, эндодиссектор, эндоиглодержатель), 5 - справа на уровне пупка по параректальной линии - 5 мм (эндоожницы, эндожам).

Выбор точек введения троакаров был основан на принципах оптимального удаления от мест предполагаемых манипуляций и друг от друга. Поэтому мы отказались от варианта введения портов, приводимого Goh P., 1993 и несколько видоизменили точки ввода, предлагаемые В.П.Сажиним. В процессе выполнения операции мы убедились в правильности избранной схемы расположения лапаропортов.

При ревизии на передней стенке Ж и двенадцатиперстной кишки изменений не выявлено; выражена жировая ткань в большом и малом сальниках, желудочно-ободочной связке; левая половина поперечной ободочной кишки значительно подтянута к желудку и селезенке. Ж и поперечная ободочная кишка зафиксированы и растянуты эндожамами Бэбкокк, в бессосудистой зоне желудочно-ободочной связки эндоожницами проделано отверстие; далее эндоожницами с коагуляцией поэтапно рассечена желудочно-ободочная связка от центра к большой кривизне желудка до уровня нижнего полюса селезенки, на этом уровне произведено клипирование левых желудочно-сальниковых сосудов двумя 8 мм титановыми клипсами и ее пересечение. Этот этап операции хирургу удобнее выполнять справа от пациента. Далее предпочтительно положение хирурга слева от пациента. Эндоожницами с коагуляцией продолжается рассечение желудочно-ободочной связки по малососудистой зоне вблизи стенки поперечной ободочной кишки, при таком варианте клипирования сосудов в этой зоне не требуется - электрокоагуляция обеспечивает надежный гемостаз при предварительном изолированном выделении мелких сосудов. Для обеспечения более широкого и свободного манипулирования в области привратника и начального отдела двенадцатиперстной кишки желательно, по мере продвижения слева направо освобождать заднюю стенку Ж с коагуляцией и пересечением желудочно-поджелудочной связки, при этом Ж максимально отводится кверху и кпереди эндожамами Бэбкокк. В пилородуоденальной зоне на выделяемые сосуды пе-

ред рассечением трижды накладывали клипсы 5 и 8 мм, причем, попытки электрокоагуляции вблизи стенки пилородуоденальной зоны не позволяли достигнуть надежного гемостаза, поэтому - следует отдавать предпочтение двойному клипированию. Правые желудочно-сальниковые сосуды пересечены после клипирования двумя 8 мм клипсами и перевязки капроном №4 с интракорпоральным завязыванием двух тройных узлов; удобнее это делать эндоиглодержателем и эндозажимом, длина нити не должна превышать 15 см, т.к. это создаст неудобства при интракорпоральном варианте формирования узлов. После завершения мобилизации Ж по большой кривизне эндодиссектором проделано отверстие в малом сальнике на уровне привратника (удобнее это выполнять позади Ж со стороны сальниковой сумки), изолированно выделены и после клипирования двумя 8 мм клипсами пересечены правые Ж сосуды.

Через 3-ю точку в правом подреберье в брюшную полость введен эндоскопический линейный степлер *ENDOPATH* фирмы "Ethicon" с синей кассетой длиной 60 мм, которым пересечена двенадцатиперстная кишка сразу же ниже привратника с одномоментным двухсторонним прошиванием двухрядным швом титановыми скрепками. После удаления степлера осмотрена культя двенадцатиперстной кишки - скрепочный шов наложен хорошо, гемостаз достаточен; так же осмотрен проксимальный шов. Согласно плану операции, лапароскопический этап на этом завершен. Продолжительность этапа - 250 мин.

Через троакар в 3-й точке введен трехлопастной ретрактор для отведения левой доли печени; удалены остальные эндоинструменты и троакары из брюшной полости. Через 2-ю точку в медиальном направлении произведена поперечная минилапаротомия длиной 6 см с пересечением левой прямой мышцы живота, в брюшную полость введены зеркала с подсветкой аппарата Прудкова - ревизия: гемостаз полный, на задней стенке тела и субкардиального отдела Ж определяется язвенный кратер до 3 см в диаметре с периульцерозным инфильтратом до 6 см в диаметре, язва пенетрирует в мезоколон левой половины поперечной ободочной кишки в 0,5 см от ее стенки, мезоколон и кишка значительно подтянуты кверху. Выполнена дополнительная мобилизация большой кривизны Ж с пересечением коротких сосудов желудочно-селезеночной связки до уровня верхнего полюса селезенки. Острым путем Ж отделен по краю язвы с оставлением дна язвы в мезоколон. Учитывая высокое расположение верхнего края язвы и периульцерозного инфильтрата и, связанную с этим невозможность выполнить резекцию Ж по проксимальной границе из данного минидоступа, - последний расширен вверх по белой линии живота (углообразно). Левые Ж сосуды перевязаны и пересечены проксимально. Со стороны малой кривизны практически от уровня правого контура пищевода наложен сшивающий аппарат УО-60 в горизонтальном направлении, по нему часть Ж пересечена, а затем пересечена оставшаяся часть Ж в направлении к большой кривизне с иссечением инфильтрата задней стенки выше уровня резекции. Сформирован позадиободочный гастроэнтероанастомоз на короткой петле по Гофмейстеру-Финстереру однорядным непрерывным серозно-мышечно-подслизистым швом (Алговера-Хардера-Кулла) атравматической абсорбирующейся нитью Polysorb 4/0 (Auto

Suture, USSC). Культи Ж фиксирована в окне мезоколон. Брюшная полость дренирована 3 трубками и 1 резино-марлевым дренажем. Рана зашита послойно с восстановлением влагалища и самой прямой мышцы живота.

Продолжительность открытого этапа- 110 мин. Общее время операции - 360 мин.

Периоперационно внутривенно капельно введено 2,0 цефазолина.

Послеоперационный период без осложнений. Активизация больного, восстановление моторики желудочно-кишечного тракта и элементы энтерального питания к концу 2-х суток. Дренажи удалены на 3-5 сутки. Швы сняты на 5-6 сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 8 сутки после операции. Осмотрен на 12, 21 сутки после операции - состояние удовлетворительное, жалоб нет, энтеральное питание согласно схемам ближайшего послеоперационного периода после субтотальной резекции желудка.

Каковы же первые впечатления от впервые выполненной ЛСА субтотальной резекции желудка?

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ		ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ
✓ Подбор пациента небезупречен ✓ Вероятность кровотечения из крупных сосудов желудка ✓ Нет троакара для ENDOPATH-60 ✓ Первая операция очень длительная ✓ Желание конверсии давит ✓ "Дорогое удовольствие"		✗ Даже у таких больных можно делать ✗ Возможно изолированное выделение сосудов, их перевязка и клипирование ✗ ENDOPATH-60 хорош и без троакара ✗ Зато хорошо переносится всеми ✗ Намеченный план можно выполнить ✗ Затраты оправданы результатом

То.е., первый опыт ЛСА субтотальной резекции желудка показывает возможность выполнения подобных операций; ближайший послеоперационный период протекает более благоприятно по всем основным параметрам.

Выполнение открытых этапов через минидоступы расширяет возможности операций, снижает их стоимость, не влияя на результаты. ЛСА предпочтительнее полностью ЛС и должны занять свое место в хирургии язвенной болезни.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

*Маскин С.С., Наумов А.И., Скоркин В.В., Хан Е.Т., Очнев Ю.А.,
Выскуп М.Н., Ряснянская Е.Е.*

*Кафедра госпитальной хирургии и курс проктологии ФУВ
Волгоградской медицинской академии,
НМУ "Медицинский комплекс", г. Волгоград*

Лапароскопические (ЛС) технологии широко внедряются в различные разделы хирургии, обладая рядом несомненных преимуществ. Однако, лишь немногие клиники обладают опытом ЛС операций на толстой кишке (ТК), ввиду их высокой себестоимости. Наибольшее распространение получили ЛС-ассистированные (ЛСА) варианты операций. Технические аспекты этих операций оражены в ряде работ. Достаточно подробно современное состояние ЛС хирургии ТК освещено в обзоре иностранной литературы (57 источников) И.Е.Хатьковым и А.Э.Фальковой. ЛСА операции на ободочной и прямой кишке получают все более широкое распространение и многими авторами расцениваются как операции выбора в лечении доброкачественных заболеваний и рака ТК.

В клинике госпитальной хирургии с курсом проктологии Волгоградской медицинской академии ЛСА операции на ТК начали применяться с 2000 года: это стало возможным при наличии подготовленных кадров и инструментальном обеспечении, благодаря созданию фирмы "Медицинский комплекс" (ген. дир. - Ю.А.Очнев). Финансирование операций осуществлялось за счет прибыли, получаемой от других платных операций. Использовали ЛС оборудование и инструментарий фирм "Эндомедиум", "Auto Suture", "Ethicon". В данном сообщении анализируется первый опыт ЛСА на ТК.

Всего выполнено 8 ЛСА операций: аппендэктомия - 3, сигмостомия - 2, левая гемиколэктомия (ГКЭ) с колостомой - 1, резекция сигмы - 1, передняя резекция прямой кишки - 1.

Аппендэктомии двум больным при деструктивном аппендиците выполняли из 3-4 доступов по стандартной технологии с обработкой брыжейки коагуляцией или клисами, на отросток накладывали 3 эндопетли, пересекали с оставлением на культе 2 петель. Средняя продолжительность ЛС аппендэктомии составила 42 минуты, традиционной - 35 минут; средняя длительность пребывания больных в стационаре - 3,5 суток (при традиционной - 6,6 суток); средний срок нетрудоспособности - 7,5 суток (после традиционной - 20 суток). Еще в одном случае мы вынуждены были прибегнуть к конверсии - у больной 24 лет с 5-точным гангренозным перфоративным аппендицитом и ограниченным анаэроб-

ным перитонитом, вследствие невозможности полного разделения инфильтрата и задне-нижнего расположения отростка; аппендэктомия выполнена лапароскопически ассистированно через минидоступ в правой подвздошной области.

Сигмостомии выполняли при раке прямой кишки IV стадии из 2-3 доступов - верифицировали распространенность процесса, производили частичную мобилизацию сигмы для беспрепятственного выведения ее на брюшную стенку с помощью зажима эндобэбокк. Длительность ЛСА операции составила 23 минуты, традиционной - 25 минут.

Радикальные ЛСА операции на ТК выполняли при раке селезеночного изгиба - левая ГКЭ с колостомой из 5 доступов: эндоожницами рассекали латеральную брюшину и брюшину мезоколон в границах резекции, выделяли и клипировали верхние ректальные, сигмовидные, левые ободочные сосуды, прямую кишку пересекали эндостеплером ENDOPATH-60; окончательная мобилизация изгиба выполнена через ограниченный лапаротомный доступ в связи с выраженными сращениями большого сальника с селезенкой. Первая операция продолжалась 380 минут, из них ЛСА этап - 270 минут; традиционные операции в клинике выполняются быстрее - 210 минут. ЛСА операция была длительной в связи с небольшим личным опытом выполнения таких операций, большим объемом резекции, ожирением больной, что затрудняло идентификацию сосудов мезоколон.

При долихосигме с хроническим толстокишечным стазом операция выполнена практически полностью лапароскопически - мобилизация выполнялась в границах сигмы, которая дистально пересечена аналогично эндостеплером ENDOPATH-60; через поперечный минидоступ в левом мезогастрii (4см) выводили сигму с опухолью, резецировали ее, вводили головку-наковальню циркулярного сшивающего аппарата, фиксировали кисетом, погружали в брюшную полость, рану закрывали и восстанавливали карбоперитонеум; десцендоректоанастомоз формировали трансанально циркулярным степлером Premium CEEA-31 фирмы "Auto Suture" с помощью эндозажимов. Первая операция продолжалась 290 минут; традиционные операции в клинике выполняются быстрее - 175 минут. Однако, срок лечения в стационаре после операции был значительно ниже - 6 суток (при традиционной - 18 суток), так же как и общий срок нетрудоспособности - 16 суток (при традиционной - около 40 суток).

При раке ректосигмоидного отдела 3 стадии (опухоль 5 x 4 см на высоте 15 см) у больного 70 лет передняя резекция выполнялась аналогично резекции сигмы с аппаратным сигморектоанастомозом (Premium CEEA-31). Сигмовидные сосуды были дважды перевязаны с интракорпоральным завязыванием по 2 тройных узла, верхние ректальные сосуды пересекали после клипирования. Препарат удаляли через ограниченную лапаротомию, ее же использовали для введения головки-наковальни циркулярного степлера. Первая операция продолжалась 330 минут; традиционные операции в клинике выполняются быстрее - 215 минут. Больной выписан через 20 суток после операции (в связи с пожеланиями пациента срок выписки был увеличен), средний койко-день после традиционных операций - 26 суток.

При операциях на левой половине ТК использовали 4 десятимиллиметровых лапаропорта, которые вводили в противоположной удаляемому органу верхней точке Калька (оптика), надлобковой области (эндоножницы, эндодиссектор, клиппапликатор, эндостеплер), левой подвздошной области и левом подреберье (эндобэбокки). При левой ГКЭ дополнительно вводили 1 пятимиллиметровый троакар (эндозажим) для бимануальных манипуляций хирурга.

Итраоперационно при всех радикальных ЛСА операциях на ТК внутривенно вводили метрогил 500 мг и цефотаксим 2,0; после операции введение повторяли 3 раза в день - метрогил 500 мг и цефотаксим 1,0 в течение 2 суток. Только у одной больной после ЛСА ГКЭ слева возникло гнойно-воспалительное осложнение - ограниченный поддиафрагмальный абсцесс слева размером 5х4 см, который дренирован под контролем УЗИ с благоприятным исходом и абсцесс полости малого таза объемом до 20 мл, который вскрылся самостоятельно через культию прямой кишки. Данное осложнение связываем с продолжительностью и объемом операции, ожирением, недостаточной антибиотикопрофилактикой - цефтазидим 1,0 периоперационно однократно внутривенно (в последующем схема антианаэробной антибиотикопрофилактики усилена и представлена выше).

Т.о., первый опыт ЛСА операций на ТК показывает широкие возможности их выполнения; трудности встретились при раке селезеночного изгиба и ожирении. Выполнение открытых этапов через минидоступы расширяет возможности операций, снижает их стоимость, не влияя на результаты. ЛСА предпочтительнее полностью ЛС и должны стать технологией выбора в хирургии.

Программа интенсивной терапии панкреатогенного перитонита

*Коровин А.Я., Залесный С.А., Маскин С.С., Выстунец В.В.,
Попов А.Ю., Очнев Ю.А.*

*Кафедра госпитальной хирургии
Кубанской и Волгоградской медицинской академии*

Хирургические и реаниматологические проблемы лечения деструктивного панкреатита (ДП) остаются актуальными. Эффективность комплексного лечения ДП зависит от сроков развития заболевания и набора компонентов этого лечения, что базируется на клинической картине и прогнозе течения патологии. Недооценка тяжести течения ДП и неадекватность комплексной терапии приводят к ее неэффективности из-за развития необратимых местных изменений. Тяжесть течения ДП определяет необходимость опережающего характера комплексного воздействия на патологический процесс.

Панкреатогенные перитониты (ПгП) осложняют течение ДП на разных этапах развития заболевания и являются одной из причин прогрессирования панкреатогенного шока (14,8%). Основой органной дисфункции при ПгП составляет синдром системного воспалительного ответа (ССВО), ведущими составляющими которого являются спонтанная гипервентиляция с гипоксией и артериальной гипоксемией, а так же детерминантные кардиогемодинамические расстройства, первичное поражение печеночной и почечной паренхимы, дыхательные функции легких, которые иницируются высоким уровнем протеолиза и циркулирующих биогенных аминов в начальном периоде ПгП. Эти механизмы в сочетании с дегидратацией, токсемией и тромбогеморрагическим синдромом составляет основу для развития и прогрессирования респираторного дистресс-синдрома (РДСВ).

Особенности ПгП требуют нестандартного подхода к лечению этой сложной и тяжелой патологии. Наиболее перспективным направлением в лечении тяжелых форм ДП остается комплексная интенсивная терапия (ИТ) с применением малоинвазивных оперативных пособий (МОП), весь арсенал которых мы разделили на полостные, чрезоорганные, эндоваскулярные и системно-корректирующие. Выделяли три формы ПгП - ферментный, энтерогенно-инфицированный и первично-гнойный перитонит. Сочетание ССВО с ПгП считали прогностической основой для существования панкреатогенного абдоминального сепсиса.

Материалы и методы.

Проведено простое слепое рандомизированное контролируемое исследование. В исследование включено 335 больных с распространенными формами ПгП, которым проводилось обследование и лечение. Среди причин ПгП у 233 (69,6%) пациентов был геморрагический панкреонекроз, у 102 (30,4%) - жировой. У больных основной группы (169) применяли комплексное лечение, включающее МОП и ИТ; в контрольной группе (166) применяли традиционные методы лечения с использованием открытых хирургических способов. Распределение больных по формам ПгП представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных основной и контрольной групп по формам ПгП

Формы перитонита	количество больных в группах					
	основная		контрольная		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Ферментный	102	60,4	83	50,0	185	55,3
Энтерогенно-инфицированный	22	13,0	26	15,7	48	14,3
Первично-гнойный	45	26,6	57	34,3	102	30,4
Итого	169	100	166	100	335	100

Для определения динамики патологического процесса и эффективности проводимого лечения определяли показатели ферментограммы, уровня среднемолекулярных пептидов плазмы крови, эффективной концентрации альбумина, лейкоцитарного индекса интоксикации. На основании этих показателей определяли кратность и частоту применения системно-корректирующих МОП. Ранняя диагностика и прогноз течения ПгП основывались на динамических интегральных системах объективной оценки тяжести состояния больных по клинико-лабораторным показателям АРАСНЕ-II и модифицированных системах, а так же на выявлении ранних прямых и косвенных признаков ПгП (УЗИ, динамическая лапароскопия).

Результаты и обсуждение.

В основной группе использована патогенетически обоснованная схема ИТ. *Антибактериальная терапия* (АБТ) с соблюдением следующих принципов: антибактериальный доступ, многокомпонентность, выбор доз и сочетание препаратов в зависимости от наличия постантибиотического эффекта.

Инфузионная терапия для решения следующих задач: восстановление адекватной тканевой перфузии, коррекция гомеостатических расстройств, снижение концентрации токсических субстанций и медиаторов септического каскада. Качественный состав инфузионной программы зависел от степени гиповолемии, фазы синдрома ДВС, уровня альбумина крови, тяжести РДСВ. При выраженном дефиците ОЦК, сочетающемся с артериальной гипотензией использовали плазмозаменители (декстраны, гидроксиэтиламидоны). Переливание альбумина имеет преимущества перед искусственными плазмозаменителями при снижении уровня альбумина менее 25-30 г/л. Использование сухой плазмы желательно исключить ввиду ее несбалансированности и возможности усугубления ДВС-синдрома.

Респираторная поддержка - один из основных моментов лечения ПгП; чрезвычайно важна ее адекватность и своевременность. При лапароскопических манипуляциях помимо основной цели - эвакуации панкреатогенного экссудата и устранения всасывания миокардиодепрессивных веществ через диафрагмальную брюшину, проводилась блокада рецепторного аппарата брюшины местными анестетиками. Наряду с новокаиновой блокадой афферентных ветвей чревного сплетения это является препятствием на пути распространения патологических рецепторных влияний на легочно-плевральные структуры. С другой стороны, применение в комплексе лечения токсемии и полиорганной недостаточности (ПОН) системнокорректирующих МОП, раннее использование искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с положительным давлением клапана выдоха с целью поддержания необходимого уровня PaO_2 , уменьшения легочного шунтирования и устранения артериальной гипоксемии позволяют, как правило, не допустить более поздних фаз развития РДСВ и других системных нарушений и осложнений. Решение о переводе больных на ИВЛД является трудным, но необходимо иметь ввиду, что рентгенологическая картина опережает клинические проявления острой дыхательной недостаточности, а функциональная неполноценность любого органа оказывает дополнительную нагрузку на легкие, нарушая в том числе и их газообменную функцию.

По нашим данным ИВЛ показана при сочетании РДСВ любой степени с ПОН (особенно с энцефалопатией, шоком), снижением $PaO_2 / FiO_2 < 200$, при гемодина-

минеском, газовом (PaO_2 , SaO_2) и биохимическом (альбумин крови) мониторинге.

Восстановление адекватной тканевой и органной перфузии осуществляли с помощью низкомолекулярных декстранов, гепарина (10-20 тыс. ед./сут. в/в), трентала (10-20 мл/сут.), допамина (0,5-3 мкг/кг/мин), добутрекса (2,5-5 мкг/кг/мин), что патогенетически было ориентировано на повышение периферической экстракции O_2 , регресс интерстициального отека и увеличение числа функционирующих капилляров.

Нутритивная поддержка. Развитие синдрома ПОН при ПгП, как правило, сопровождаются проявлениями гиперметаболизма. В этой ситуации покрытие энергетических потребностей происходит за счет деструкции собственных клеточных структур (аутоканнибализм), что усугубляло органную дисфункцию и эндотоксикоз. Оптимальная величина суточного калаража - 50-60 ккал/кг. На энтеральный путь должно приходиться до 80% вводимого калаража. Включение энтерального питания в комплекс ИТ предупреждает транслокацию микрофлоры из кишечника, развитие дисбактериоза, повышает функциональную активность энтероцитов и защитные свойства слизистой оболочки, снижая напряженность эндотоксикоза и риск возникновения вторичных инфекционных осложнений.

Коррекция иммунных нарушений. Основной принцип иммунокоррекции при ПгП - восполнение недостающего звена иммунной защиты. В острый период патологического процесса показана заместительная иммунотерапия. В случае дефицита клеточных факторов (Т-система) - внутривенное введение лейкоцези (3-4 дозы по 300 мл). При недостаточности факторов гуморального иммунитета (В-система) - специфическая гипериммунная плазма (5-7 мл/кг до 10 доз на курс). Этим же целям отвечает использование лейкоцези или плазмы крови доноров с повышенными титрами естественных антител к Ре-гликолипиду (до 1 л на курс). Усиление гуморального звена может быть также достигнуто за счет иммуноглобулинов, предназначенных для внутривенного введения: интраглобин (Ig G - 2-5 мл/кг в течение 2-3 дней), пентаглобин (IgG и IgM - по 5 мл/кг/сутки, трижды). Позитивный эффект данных препаратов обусловлен повышением опсонизации и фагоцитоза, инактивации цитокинов, снижением концентрации молекул адгезии, синергизмом с В-лактамами антибиотиками.

Методы экстракорпоральной детоксикации. В ходе устранения гиповолемии, восстановления периферической микроциркуляции, ликвидации гипоксии, решения вопросов по обеспечению оптимальной АБТ, калорической поддержки, иммунокоррекции в лечении ПгП использовались методы экстракорпоральной детоксикации: гемофильтрация, плазмаферез, гемосорбция. В комплекс ИТ включалось не прямое электрохимическое окисление крови с использованием гипохлорита натрия.

Использование патогенетически оправданной хирургической тактики в сочетании с ИТ в раннем послеоперационном периоде позволило нивелировать проявления ПОН, снизить частоту поздних осложнений с 41,3% до 13,5% и снизить послеоперационную летальность до 7,7% в группе больных с ферментативным перитонитом и до 18,5% в группе с энтерогенно-инфицированным и первично-гнойным ПгП. В последней группе летальность удалось снизить почти в три раза по сравнению с группой больных, леченных традиционно по синдрому и с использованием инвазивных оперативных вмешательств.

Эндолимфатическая иммунокоррекция у больных с перитонитом

Гольбрайх В.А., Веровская Л.Е., Пугачева Л.Л.,
Дворецкая М.Н., Поддубная В.А., Мирзоев Н.Д.

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов, лаборатория иммунологии НИИ фармакологии

Вопрос о роли иммунной системы в противовоспалительной защите при перитоните не требует специального обсуждения, поскольку он достаточно изложен во многих исследованиях. Однако, комплексное изучение иммунных механизмов позволило выдвинуть концепцию иммунного воспаления. Воспаление рассматривается как клиничко-морфологическое взаимодействие микро- и макроорганизма. Ведущая роль в нем принадлежит генетически детерминированному иммунному ответу (Серов В.В., 1963).

В настоящий момент эта концепция сохраняет высокую значимость как основа комплексной лечебной программы, которая включает, наряду с антибактериальной и общей интенсивной терапией, воздействие на систему иммунитета. Но многие вопросы, связанные с нарушением иммунологической реактивности при перитоните, до сих пор остаются нерешенными.

В данной работе поставлена задача определить влияние эндолимфатических инфузий и модуляторов на систему иммунитета при тяжелых формах перитонита – диффузном и разлитом.

Исследование проводилось у 144 больных с перитонитом, получавших эндолимфатическую терапию (ЭЛТ) и у 48 больных без иммунокоррекции.

Состояние иммунной системы изучалось по 8 параметрам (использовали стандартные методики) в 1 – 3 сутки после операции, на 5 – 7 сутки, 8 – 13 сутки.

Анализ иммунологических данных, проведенный в первые сутки после операции, выявил существенные изменения у больных с диффузным и разлитым перитонитом.

При данных формах перитонита относительное содержание лимфоцитов (Лф) и Т-лимфоцитов (Т-лф) значительно снижен. Это может быть связано с угнетением образования лимфоцитов в костном мозге, ускорением гибели лимфоцитов в результате токсемии, усилением миграции их в ткани (табл.1).

Изучение фагоцитарных защитных механизмов оценивали по нескольким параметрам. Так, анализ результатов показал, что при распространенных формах перитонита существенно снижен фагоцитарный индекс (ФИ).

При исследовании окислительно – восстановительного потенциала нейтрофилов (обеспечивает систему перекисного окисления в фагоците) по тесту восстановления НСТ оказалось, что этот показатель в первые сутки после операции снижался до 30.0% (доноры 35%).

Немаловажным фактором в нарушении фагоцитоза является супрессия Т-системы иммунитета, которая является одним из регулирующих механизмов выработки лимфоцитами лимфокинов, активирующих фагоциты. Выявлено снижение уровня Т-хелперов (Тх) до 42,2% (доноры- 58,7%) и повышение Т-супрессоров (Т-су) до 17,8% (доноры- 12%).

Дисфункцию иммунной системы при перитоните нельзя рассматривать вне связи с полиорганной недостаточностью. При этом, одним из механизмов запуска иммуносупрессии является эндогенная интоксикация. По мнению Walker (1976) эндотоксикоз – это совокупность иммунных и патофизиологических реакций. Одним из факторов, способных оказать существенное влияние на развитие синдрома эндогенной интоксикации, является повышение уровня “молекул средней массы” (МСМ) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

У больных с распространенными формами перитонита содержание МСМ достигало в первые сутки 0,294 усл.ед (доноры – 0,22 усл.ед). Наблюдался также высокий уровень циркулирующих иммунных комплексов – 90,6 усл.ед. (доноры- 30 усл.ед.) при адекватном иммунном ответе организма, образующие ИК удаляются системой фагоцитоза.

Сниженный фагоцитоз отмечен у всех больных и наиболее выраженное угнетение фагоцитоза сочеталось с высоким уровнем ЦИК. Поэтому воспаление, развивающееся при данных формах перитонита, можно отнести к иммунопатологическому воспалительному процессу.

Таким образом, борьба с эндотоксикозом не может быть успешной без коррекции иммунных нарушений.

Исследования Зубарева П.Н. (1974) показали, что основным путем всасывания коллоидов и бактерий при перитоните является лимфатическая система. Это послужило основанием для воздействия “на прорыв” биологических барьеров брюшины путем насыщения лимфатической системы различными препаратами. “Стартовыми” иммунологическими показателями, которые определяли показания к иммунокоррекции были:

1. Количество лимфоцитов < 18%;
2. Количество Т-лимфоцитов < 60%;
3. Число фармоннозитивных клеток < 30%.

Поскольку при перитоните в основном поражалось клеточное звено иммунитета, эндолимфатическую стимуляцию проводили препаратами тимуса – тималином, Т-активинном, тимогеном в дозе 10 мг в сутки.

В основе механизма действия экстракта тимуса лежит их влияние на различные этапы иммуногенеза. Данные препараты способствуют нормализации содержания Т-лимфоцитов, усилению фагоцитоза, снижению содержания ЦИК.

Иммуностимуляторы вводили эндолимфатически в целях максимальной концентрации препарата в лимфатической системе, более тесного контакта с иммунокомпетентными клетками.

Проведено сравнение иммунологических показателей у больных с эндолимфатической коррекцией и без нее.

Несмотря на то, что полноценная иммунореабилитация была достигнута не

у всех больных, под воздействием целенаправленной иммунокоррекции прослежены положительные изменения в иммунной системе у больных в перитонитом.

В группе больных, получавших эндолимфатическую иммунокоррекцию на 7-8 сутки после операции отмечено повышение числа лимфоцитов до 24% (первые сутки – 17,9%). В контрольной группе нормализация происходила только к 12-13 суткам. В основной группе наблюдался также рост относительного числа Т-лимфоцитов от 58,3% в первые сутки, до 62,2% на 8-13 сутки.

В группе больных без иммунокоррекции их количество не достигало исходного уровня в исследуемые сроки.

Под влиянием ЭЛТ отмечена четкая тенденция к снижению содержания “средних молекул” уже на 5-7 сутки: первые сутки – 0,28 усл.ед., 5-7 сутки – 0,24 усл.ед, тогда как в контрольной группе в эти же сроки наблюдалось повышение содержания МСМ до 0,32 усл.ед. (табл.2).

Таким образом, сопоставление результатов лечения больных двух групп позволяет положительно оценить эндолимфатический способ применения иммуномодуляторов при перитоните. Специфическая терапия тималином (тимогеном) позволяет сократить период возможных осложнений на 8-13 сутки и привести основные показатели иммунитета до уровня субнормальных или нормальных цифр.

Таблица №1

Диагностика иммунологических показателей у больных с диффузным и разлитым перитонитом без иммунокоррекции ($P < 0,05$) (П=58)

Показатели	Доноры	Сроки лечения (сутки)		
		1-3	5-7	8-13
Лимфоциты %	$24 \pm 3,6$	$18,1 \pm 4,9$	$19,3 \pm 6,8$	$20,0 \pm 3,4$
Т-лимфоциты №	$70 \pm 11,7$	$59,5 \pm 1,2$	$58,3 \pm 2,0$	$59,7 \pm 1,7$
Т-хелперы	$58 \pm 10,6$	$43,1 \pm 1,1$	$42,2 \pm 1,3$	$48,9 \pm 1,2$
Т-супрессоры	$12 \pm 2,2$	$17,1 \pm 0,8$	$14,2 \pm 1,0$	$14,0 \pm 1,1$
ФИ %	35	$31,3 \pm 0,9$	$32,7 \pm 1,0$	$14,0 \pm 1,1$
ЦИ усл.ед	$30,8 \pm 0,03$	$99,8 \pm 4,1$	$101,9 \pm 5,7$	$97,6 \pm 7,4$
МСМ усл.ед	$0,22 \pm 0,03$	$0,29 \pm 0,1$	$0,32 \pm 0,08$	$0,28 \pm 0,09$

Таблица №2

Динамика иммунологических показателей у больных с диффузным и разлитым перитонитом на фоне эндолимфатической иммуностимуляции
($P < 0,05$) (П=140)

Показатели	Доноры	Сроки лечения (сутки)		
		1-3	5-7	8-13
Лимфоциты %	$24,0 \pm 3,0$	$17,9 \pm 9,9$	$21,0 \pm 6,9$	$28,3 \pm 4,1$
Т-лимфоциты №	$70,0 \pm 11,7$	$58,3 \pm 1,1$	$61,4 \pm 1,2$	$62,2 \pm 0,6$
Т-хелперы	$58,0 \pm 10,6$	$42,2 \pm 1,0$	$44,7 \pm 1,2$	$53,9 \pm 7,1$
Т-супрессоры	$12,0 \pm 2,2$	$17,8 \pm 0,8$	$10,2 \pm 1,1$	$16,1 \pm 0,9$
ФИ %	$60,3 \pm 9,0$	$59,7 \pm 3,2$	$60,5 \pm 4,1$	$58,8 \pm 3,9$
НСТ %	35	$30,0 \pm 0,9$	$35,2 \pm 2,1$	$32,3 \pm 0,9$
ЦИ усл.ед	$30,8 \pm 5,3$	$90,6 \pm 1,8$	$83,4 \pm 2,2$	$76,6 \pm 1,9$
МСМ усл.ед	$0,22 \pm 0,03$	$0,28 \pm 0,1$	$0,24 \pm 0,03$	$0,22 \pm 0,1$

МЕСТО И МЕТОДЫ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*В. А. Гольбрайх, В. Т. Пекарский, В. А. Голуб, Н. Д. Мирзоев,
П. Л. Пугачева, В. А. Поддубная.*

Волгоградская медицинская академия.

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов, лаборатория иммунологии НИИ фармакологии

Предпосылкой для проведения настоящего исследования явился тот факт, что за последние годы эндолимфатическая терапия (ЭЛТ) широко внедряется в комплексное лечение различных хирургических заболеваний, в том числе и гнойно-воспалительных поражений органов брюшной полости.

Принципы ЭЛТ основаны на особенностях физиологии и патологии лимфатических сосудов и лимфоузлов, а также особенностях фармакодинамики препаратов, введенных в лимфатическую систему.

Величина оттока лимфы от любой области определяется двумя основными факторами: уровнем лимфообразования и состоянием транспортной функции выносящих лимфатических путей. Транспортные возможности связаны с функционально-морфологическим состоянием лимфоузлов. По данным Ю. И. Бородина с соавт. (1986) в физиологических условиях около 30% объема жидкой части лимфы "сбрасывается" в лимфатическом узле из лимфоциркуляторного русла в гемоциркуляторное. При воспалительном процессе, затруднении оттока венозной крови наблюдается обратная картина: "сброс" жидкой части крови из кровеносных сосудов в лимфатические синусы. Учитывая вышеизложенное, является вполне логичным введение препаратов в лимфатическое русло при различных видах воспаления в брюшной полости для прямого воздействия на лимфу, лимфоотток и пораженные лимфоузлы.

Мы располагаем опытом ЭЛТ более чем у 2000 больных с различными хирургическими гнойно-воспалительными процессами. Использованы несколько методов насыщения лимфатической системы различными препаратами: 1) эндолимфатическое введение через паховый лимфоузел (1700 человек); 2) ЭЛТ через один из брыжеечных лимфоузлов (120 человек); 3) лимфотропная терапия на стопе (58 человек).

Основным методом было интранодулярное введение лекарственных веществ. Выбор данного метода связан со следующими обстоятельствами: во-первых, лимфатический узел может депонировать значительное количество лимфы, что дает возможность вводить за сутки лимфонодулярно до 250—300 мл различных растворов; во-вторых, паховые лимфоузлы обладают выраженной системой мозговых синусов. При перенаполнении узла лимфой ретикулярные волокна растягиваются и расширяются, что является благоприятным фактором

для дренажной функции лимфоузла. В-третьих, техническая простота и надежность катетеризации пахового лимфоузла по сравнению с катетеризацией лимфатического сосуда. Лимфоузлы имеют довольно плотную капсулу, что дает возможность надежно укрепить катетер диаметром 0,1-0,2 см с помощью наложения кисетного шва, захватывающего капсулу и частично корковое вещество лимфоузла.

Катетеризация лимфоузла осуществлялась следующим образом: из разреза параллельно и ниже паховой складки обнажался один из паховых поверхностных лимфоузлов. Причем, выделялся только его эфферентный полюс без детальной препаровки во избежание повреждения путей лимфооттока. В лимфоузле иглой создавался канал в капсуле, через него на глубину 3-4 мм вводился полихлорвиниловый катетер. Продолжительность нахождения последнего в лимфоузле составляла от 3-12 дней, что зависело от длительности ЭЛТ и технических погрешностей (выпадение, тромбирование катетера и др.). В процессе проведения ЭЛТ у 67 пациентов отмечены следующие осложнения: выпадение катетера из лимфоузла (15), лимфоррея из раны (9), закупорка катетера фибринным сгустком (17), нагноение или образование инфильтрата в области раны (26). За последние годы профилактические мероприятия (выбор для катетеризации наиболее крупных лимфоузлов, тщательный гемостаз, введение в катетер гепарина после инфузий) позволили снизить количество осложнений практически до нуля.

Интралимфонодулярная терапия использована в комплексном лечении у 1700 больных с различными гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости: гнойный перитонит (710 человек), острый панкреатит (450 человек), осложненный холецистит, холангит (280 человек), воспалительные инфильтраты и абсцессы брюшной полости (260 человек). Алгоритм ЭЛТ определялся формой и стадией течения основного заболевания.

У больных с перитонитом ЭЛТ проводили на фоне комплексного лечения, которое, кроме оперативного, включало: предоперационное внутривенное введение антибиотиков, непрямую электрохимическую детоксикацию, УФО крови, плазмозерез, энтеросорбцию. Наиболее часто использовали следующие препараты: кефзол, клафоран, ампициллин и карбенициллин. Объективными критериями лечения в основной (получавших ЭЛТ) и контрольной группах больных были показатели частоты послеоперационных осложнений, летальности, количественные показатели интоксикации (МСМ, ЦИК, показатели клеточного и гуморального иммунитета). Среди больных с ЭЛТ частота послеоперационных осложнений в опытной группе была в два раза меньше, чем в контрольной группе, соответственно 27,7% и 54,6%. В основной группе летальность составила 9,5%, в контрольной — 18,2%.

У больных с деструктивным панкреатитом ЭЛТ включала цитостатические препараты, антибиотики, дезагреганты и иммуномодуляторы. Нами впервые использование введение в лимфатическую систему препарата «Сандостатин» фирмы Sandos (Швейцария). При такой методике для достижения клинического эффекта достаточно 200-300 мкг сандостатина в сутки, не требуется постоян-

ного введения препарата, уменьшение его дозы имеет и экономические выгоды. Включение в комплексную терапию эндолимфатического введения сандостатина снизило общую летальность у пациентов с острым панкреатитом с 11,2% до 4,8%.

У больных с механической желтухой, гнойным холангитом включение в предоперационную подготовку прямых эндолимфатических инфузий и лимфостимуляции (растворы реополиглюкина, малых доз гепарина, трентала) уменьшило количество послеоперационных осложнений на 15%, по сравнению с больными, не получавшими ЭЛТ.

Проведенные Ю. М. Левиным и соавт. (1976) эксперименты позволили выявить принципиальную возможность создания в лимфатической системе повышенной концентрации низкомолекулярных лекарственных препаратов путем лимфотропной терапии. Г. Б. Брекгейм (1967) показал, что поливинилпирролидон (полиглюкин) является одним из пролонгаторов действия лекарственных препаратов, в частности новокаина и антибиотиков. На основании этих исследований нами (А. В. Быков, В. А. Гольбрайх) изучена возможность лимфотропного использования полиглюкина, как пролонгатора антибиотиков. В эксперименте степень резорбции радиоактивного тетрациклина, введенного лимфотропно, определяли с помощью сцинтилляционного счетчика Ria Gamma (Швеция). Концентрацию антибиотика определяли в крови, моче, лимфе грудного лимфатического протока, печени, лимфоузлах брыжейки кишки. Полученные данные свидетельствуют о том, что антибиотик, введенный лимфотропно на полиглюкине сохранялся в лимфатической системе дольше, чем при введении того же препарата на новокаине.

В клинической практике лимфотропное лечение антибиотиком на полиглюкине проведено у 18 пациентов с восходящим поверхностным тромбофлебитом нижних конечностей и у 40 больных с синдромом диабетической стопы (ДС).

Лечение антибиотиком (клафораном) на полиглюкине проведено у 18 пациентов с восходящим поверхностным тромбофлебитом нижних конечностей. Пациентам основной группы препарат вводился в первый межпальцевой промежуток пораженной конечности лимфотропно по методике Ю. М. Левина (1976). Больным контрольной группы (12 человек) клафоран вводился внутримышечно в дозе 2,0 г в сутки. Длительность лечения антибиотиком в обеих группах составила 5-6 дней. Из 18 больных у 10 человек уже на 3-4 сутки исчезла гипертермия, уменьшились размеры паховых лимфоузлов, исчезли отек и гипертермия на конечности. В контрольной группе воспалительные явления стали исчезать только к 6-8 суткам. Койко-день в первой группе составил 18 ± 1 (с учетом больных, оперированных по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей без выписки из стационара), в контрольной группе 27 ± 1 . Полученный клинический материал недостаточен для рекомендаций широкого использования этого метода, однако, наше предложение о пролонгации действия антибиотика и его повышенного накопления в лимфатической системе при введении на полиглюкине полностью экспериментально подтвердилось. Уменьшение разовой дозы лекарственного вещества без снижения его терапевтического действия

открывает новые возможности для его воздействия на лимфатическую систему с небольшим разрывом между лечебной и токсической дозой препарата.

У больных с ДС, осложненной гнойно-некротическими поражениями, часто невозможно создать высокую концентрацию антибиотиков в очаге воспаления, что связано с нарушением регионарной микроциркуляции.

Под наблюдением находилось 128 больных с гнойно-некротическими поражениями стопы на фоне сахарного диабета.

Из них у 52 проведена лимфотропная терапия на полиглюкине. Контрольную группу составили 77 человек, которым антибиотик вводился внутримышечно. "Базовая" терапия была идентичной в обеих группах. До начала лечения бактериограмма изучена экспресс-методом по П. П. Коваленко (1996). Чувствительность флоры чаще всего сохранялась к цефалоспорином третьего поколения и фторхинолонам. У большинства больных для лимфотропной терапии использовали кефзол в дозе 1,0 г в сутки. Необходимо отметить, что ЭЛТ являлась эффективной только в сочетании со своевременной некрэктомией.

Применяемые принципы эндолимфатической антибиотикотерапии в сочетании с этапными некрэктомиями позволили снизить частоту ампутаций на уровне бедра на 15% по сравнению с контрольной группой больных.

При проведении ЭЛТ принципиальное значение мы придаем следующим моментам: 1) инфузии лекарственных препаратов должны осуществляться непосредственно в лимфатическую систему (прямой путь). Только при таком введении достоверно заполняются лимфоузлы брюшной полости, и препарат в дальнейшем попадает в грудной лимфатический проток; 2) введение растворов целесообразно проводить через один из поверхностных паховых лимфоузлов, что дает возможность создания герметичности и исключает возможность подтекания жидкости, позволяет проводить длительные инфузии лекарственных препаратов; 3) объем суточной жидкости, проходимой через лимфоузел не должен превышать 250-300 мл, со скоростью введения 1 мл за 8-9 минут; 4) желательно введение медикаментов в кристаллоидных растворах, которые обладают лимфотропностью и дольше задерживаются в лимфатической системе.

Таким образом, для насыщения лимфатической системы различными препаратами целесообразно их интралимфонодулярное введение, либо лимфотропно на полимерах с высокой молекулярной массой (полиглюкине), что пролонгирует действие препаратов и их повышенное накопление в ЛС.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

В.Т. Пекарский

Волгоградская медицинская академия

Известно, что до настоящего времени профилактика послеоперационных флеботромбозов нижних конечностей и их следствия - тромбоэмболии легочной артерии остается жгучей проблемой современной хирургии.

Лечение и диагностика тромбозов и эмболий сопряжено со значительными трудностями и осложнениями и далеки от совершенства. Тому подтверждение - высокая летальность от тромбоэмболии легочной артерии - до 10-14%.

Вот почему профилактика послеоперационных флеботромбозов - это единственно верный путь в решении указанной проблемы. По этому вопросу мы неоднократно обращались к исследованию венозного кровотока в нижних конечностях во время операций, выполняемых под наркозом с миорелаксантами и местной анестезией. Результаты по этим исследованиям были опубликованы в соответствующих статьях. Коротко резюмируя их, необходимо подчеркнуть, что при операциях, выполненных под наркозом с миорелаксантами, уже на операционном столе развивается выраженное замедление кровотока вследствие отключения мышечно - венозной помпы. Следовательно и профилактику венозного стаза как тромбозоопасного фактора необходимо начинать во время операций на операционном столе, а не в послеоперационном периоде, как это принято повсеместно, причем у всех больных.

С этой целью мы использовали аппарат «Пневмокуроромассаж», осуществляя им пневматическую прерывистую стимуляцию венозного кровотока в нижних конечностях на протяжении всей операции и в послеоперационном периоде до момента активного подъема больного (в среднем 2-8 дней).

Интраоперационный пневмомассаж мышц голени был применен у 420 больных с самой различной хирургической патологией. Возраст больных был от 35 до 83 лет, мужчин - 284, женщин - 136.

В данной работе не вскрывается взаимосвязь вида хирургической патологии, возраста, пола и других факторов с развитием тромбоза, поэтому и не приводятся соответствующих данных. Основная цель - показать влияние своевременности восстановления деятельности мышечной помпы голени на уменьшение частоты послеоперационных флеботромбозов нижних конечностей.

Диагностика послеоперационных флеботромбозов без и с прерывистой пневмостимуляцией венозного кровотока, при прочих равных условиях, осуществлялась только клиническими методами. Основными из них были: боль спонтанная в подошве или голени, боль при пальпации подошвы, голени или бедра по ходу основных венозных стволов, отечность стопы или голени, цианоз, симпто-

мы Гоманса, Раминеса и Ловенберга. Их диагностическая ценность отражена в таблице.

Таблица.

Частота определения клинических симптомов флеботромбоза

	клинические симптомы	Процент фиксации симптома
1.	Боль спонтанная в подошве или голени	43
2.	Боль при пальпации подошвы, глубоких вен голени, бедра	52
3.	Цианоз	14
4.	Отек голени или стопы	75
5.	Симптом Гоманса	52
6.	Симптом Ловенберга	91
7.	Симптом Раминеса	92

Как видно из таблицы, наиболее достоверными оказались симптомы Раминеса и Ловенберга, отечность и боли. Диагноз считался установленным, если налицо были два (как минимум) из этих достоверных симптома.

Таким образом, используя только клиническую симптоматику было установлено наличие флеботромбоза нижних конечностей в 16,6% всех оперированных больных, которым не проводилась интраоперационная пневмостимуляция венозного кровотока. У больных (420 человек), которым проводили интраоперационную пневматическую стимуляцию мышечно-венозной «помпы» голени, как бы заменяя естественную, по тем же клиническим признакам флеботромбоз нижних конечностей был установлен в 2,7%.

Следовательно, интраоперационный пневмомассаж голени, являясь патогенетически обоснованным, должен стать обязательным методом в комплексе мероприятий по профилактике послеоперационных флеботромбозов нижних конечностей, а следовательно тромбозмболии легочной артерии.

НОВЫЙ ПОДХОД К КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Воробьев А.А., Барина Е.А., Барин А. С.
Волгоградская медицинская академия, кафедра оперативной
хирургии и топографической анатомии.*

Проведение большинства хирургических вмешательств на органах брюшной полости приводит к внутрибрюшному спайкообразованию. В силу этого одной из важнейших задач современной хирургии является профилактика образования послеоперационных спаек. В настоящее время разработано большое количество способов, в том числе медикаментозных, позволяющих снизить число послеоперационных спаек и, таким образом, уменьшить вероятность развития спаечной болезни. Сделать выбор наилучшего метода профилактики представляется возможным, проведя сравнительную оценку эффективности конкретных методик в эксперименте. Для адекватной оценки того или иного профилактического метода необходимо с максимальной достоверностью объективизировать результаты проводимых исследований. До настоящего времени спаечный процесс оценивался по степеням выраженности внутрибрюшных сращений, по баллам, шкалам градаций, однако достоверного метода количественной оценки морфологических данных не существовало, что продиктовало необходимость разработки такой методики.

Количественной характеристикой спаечного процесса является объем соединительной ткани, участвовавшей в спайкообразовании. Сравнивая общий объем спаек, образовавшихся после использования того или иного метода их профилактики, с объемом спаек в контрольной группе представляется возможным объективно оценить степень эффективности каждого метода.

Исходя из этого нами была разработана формула количественной оценки спаечного процесса:

$$V_{\text{спаяк}} = \sum l_{\text{тжк}} \pi (d_{\text{тжк}}/2)^2 + \sum l_{\text{нитч}} \pi (d_{\text{нитч}}/2)^2 \\ + \sum l_{\text{паут}} \pi (d_{\text{паут}}/2)^2 + \sum S_{\text{плещ}} h_{\text{плещ}} + \sum S_{\text{плоск}} h_{\text{плоск}}$$

Разработанная методика была апробирована в эксперименте: 10 беспородным котам наносилась стандартная операционная травма, через месяц животные забивались, брюшная полость вскрывалась и оценивался уровень спаечного процесса. Так, например, у опытного животного № 2 была обнаружена 1 тяжёлая спайка $d=1-2$ мм и 1-2 см и 2 плоскостные спайки толщиной 1 и 1,5 мм с $S=3$ и 4 см. УСП у данного животного составил 9,28.

Таким образом, разработанный способ количественной оценки спаечного

процесса в брюшной полости имеет следующие преимущества:

- объективная оценка спаечного процесса,
- относительная простота использования и расчета,
- универсальность применения в любой области хирургии,
- достоверность при сравнении эффективности различных способов профилактики послеоперационных спаек.

К вопросу о профилактике послеоперационных спаек

*Воробьев А. А., Баринова Е. А., Писарева Е. Е., Ишанкулов В. И.
Волгоградская медицинская академия,
кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии.*

Увеличение числа оперативных вмешательств в брюшной полости и растущее количество спаечных осложнений поставило перед хирургами проблему — предупреждение образования послеоперационных спаек. В связи с этим были предложены самые разнообразные средства профилактики внутрибрюшной адгезии. В настоящее время перспективным направлением улучшения результатов лечения является разработка и внедрение новых методов профилактики с использованием лекарственных средств, обладающих антиадгезивным действием.

Цель данного исследования: оценить эффективность антиадгезивных препаратов винилин, имозимаза и стандартной схемы профилактики послеоперационных спаек.

Эксперимент был проведен на 50 взрослых котах. Десяти животным контрольной группы наносилась стандартная операционная травма, профилактика спайкообразования не проводилась. Десяти животным опытной группы № 1 после нанесения стандартной операционной травмы перед ушиванием брюшной полости проводилась профилактика внутрибрюшных сращений по стандартной схеме с использованием новокаина, гидрокортизона и гепарина. Во второй опытной группе (15 животных) после нанесения стандартной операционной травмы в брюшную полость перед ее ушиванием заливался раствор отечественного ферментного препарата "имозимаза" в объеме 5 мл. В третьей опытной группе для профилактики спаечных сращений у 15 животных использовался винилин (бальзам Шостаковского), который заливался в брюшную полость в объеме 5 мл после нанесения стандартной операционной травмы. Через месяц после операции животные забивались, брюшная полость вскрывалась и оценивался уровень спаечного процесса (УСП) в контрольной и опытных группах.

В контрольной группе животных, где профилактика спаечного процесса не проводилась УСП составил 9,62. При оценке спаечного процесса брюшной полости котов со стандартной схемой профилактики выявлено, что во всех экспе-

риментах в брюшной полости определялись спаечные сращения, сильно выраженные в зоне нанесения операционной травмы. УСП был равен 7,08. При оценке спаечного процесса котлов второй опытной группы выявлено, что в двух экспериментах в брюшной полости вообще не наблюдалось признаков спаечного процесса. У остальных животных спечные изменения максимально были выражены в зоне операционной травмы. УСП был равен 6,82. При оценке спаечного процесса котлов третьей опытной группы выявлено, что в 3-х экспериментах в брюшной полости вообще не наблюдалось спаечного процесса, у остальных животных спаечные изменения максимально были выражены в зоне нанесения операционной травмы. УСП составил 4,65.

Проведенное исследование показало, что максимальным антиадгезивным эффектом обладает винилин, а противоспаечное действие имозимазы по силе приблизительно равно эффекту от внутрибрюшинного введения новокаина, гидрокортизона и гепарина. Таким образом, из апробированных нами способов внутрибрюшинное введение винилина является наиболее эффективным методом профилактики послеоперационных спаек.

Опыт лечения желудочно-кишечных кровотечений у больных с трансплантированной почкой и ХПН

*Трушкин Р.Н., Сергейко А.П.
Городская Клиническая больница №52
г. Москва*

Трансплантация почки до настоящего времени является одной из возможностей сохранить жизнь больному с ХПН, однако осложнения, возникающие в раннем и более отдаленном периоде могут свести результаты хирургического лечения к нулю. Наряду с кризами отторжения большой удельный вес занимают осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта. Из них наиболее часто возникают и тяжелее протекают гастродуоденальные кровотечения. Это объясняется прежде всего тем, что в послеоперационном периоде требуется длительный прием глюкокортикоидов и иммунодепрессантов, что ведет к снижению защитных свойств слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и, в конечном итоге, нарушения ее целостности. На этом фоне часто возникают изъязвления в желудке и 12-й перстной кишке, осложняющиеся кровотечением, которое нередко бывает причиной смерти у этой категории больных.

Мы изучили частоту желудочно-кишечных кровотечений и эффективность различных подходов к их лечению по материалам наблюдений больных, лечившихся в отделении нефрологической реанимации с сентября 1998 по октябрь 1999 г.

За указанный период в отделении проходили лечение 303 больных. Из них 12 человек имели ЖКК (9 мужчин и 3 женщины). Это составило 4% общего числа пролеченных больных, что полностью соответствует данным литературы. Возраст больных колебался от 23 до 69 лет (средний возраст составил 41,7 лет).

У всех больных имела место терминальная ХПН разной степени выраженности (креатинин плазмы колебался от 1,7 до 0,43 ммоль/л; мочевины от 36,0 до 15,0 ммоль/л), но только один из них имел далекозашедшую уремию (креатинин 1,7 ммоль/л, мочевина 36,0 ммоль/л). Все эти больные имели сердечную недостаточность, пневмонию - трое больных, септическое состояние - двое, тяжелый нефротический синдром - один больной. Только у трех человек из 12 в анамнезе прослеживалась язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, одна больная получала НПВП, двое получали глюкокортикоиды.

Почти все больные к моменту развития желудочно-кишечного кровотечения получали лечение гемо- или перитонеальным диализом (семь больных лечились гемодиализом; трое - с трансплантированной почкой; у двух больных на момент кровотечения только начато лечение гемодиализом).

Профузные кровотечения были причиной госпитализации этих больных в нефрологическую реанимацию. Койко-день составил от 5 до 30 дней.

Кровотечения характеризовались эпизодами гипотонии со снижением АД до 100/60 - 80/40 мм рт.ст., снижением *НВ* до 46-20 г/л, *Нг* до 18-13 %. На фоне желудочно-кишечных кровотечений у всех больных отмечалось резкое снижение общего белка до 40 г/л и ниже, альбумина до 17-19 г/л. Коагулограмма особо не изменялась. Таким образом эти данные свидетельствуют о тяжести желудочно-кишечных кровотечений у больных с тяжелой уремией.

С целью остановки кровотечений всем больным проводилась эндоскопическая электрокоагуляция, переливания свежзамороженной плазмы, лечение H_2 -блокаторами, гемотрансфузии.

Важно подчеркнуть, что исходя из представлений о генезе кровотечений всем больным продолжалось лечение гемодиализом (с минимальной гепаринизацией либо без нее).

Результаты.

Консервативная терапия была эффективной у пяти больных. Трое больных умерли при явлениях профузного кровотечения, трое больных оперированы в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии.

Одна операция, осложнившаяся спленэктомией, оказалась неэффективной. Через 6 дней рецидив - смерть от профузного кровотечения из островозникшей язвы анастомоза.

Анализ нашего, хотя и небольшого, опыта позволяет считать, что профузные острые желудочно-кишечные кровотечения являются серьезными, но не фатальными осложнениями у больных с трансплантированной почкой и ХПН.

Предпочтительным методом лечения желудочно-кишечных кровотечений у этих больных является консервативная терапия, обязательным компонентом которой является адекватный гемодиализ с минимальной гепаринизацией (или

без применения гепарина).

Оперативное вмешательство может быть успешным, хотя нам представляется, что к нему следует прибегать только в случае очевидного отсутствия эффекта консервативной терапии.

Магнитотерапия в комплексном лечении язвенной болезни 12-й перстной кишки у больных с трансплантированной почкой

Трушкин Р.Н.

Городская Клиническая больница №52

г. Москва

За последние годы достигнуты определенные успехи в лечении язвенной болезни, что связано с расширением арсенала применяемых в практике методов воздействия. Базисным лечением, направленным на различные звенья этиопатогенеза, по-прежнему является медикаментозная терапия. Кроме нее, все большее внимание уделяется немедикаментозным методам лечения. Особое место среди немедикаментозных средств терапии язвенной болезни занимают физические факторы, в числе которых и магнитное поле, под влиянием которого происходит мобилизация адаптационно-приспособительных сил организма, так называемых "сил защиты", с восстановлением нарушенного баланса между факторами "агрессии" и "защиты".

Клинические и экспериментальные работы показали, что магнитное поле оказывает влияние на нейроэндокринный статус, микроциркуляторное русло, гемодинамику, стимулирует репаративные процессы. Активируя определенные физиологические механизмы, магнитное поле не вызывает при этом отрицательных метаболических эффектов, присущих антиязвенным лекарственным препаратам.

Сочетанное использование переменного магнитного поля и медикаментозного лечения осуществлено у 35 больных (1-я группа); постоянного магнитного поля и лекарственной терапии у 11 больных (2-я группа). В контрольной группе, состоящей из 15 больных (3-я группа), проводилась только лекарственная терапия. В процессе лечения у больных основной группы произошла существенная динамика клинических признаков заболевания. Болевые ощущения к концу лечения исчезли у 84,2% пациентов. В остальных случаях они уменьшились по интенсивности и частоте. При этом более выраженной была динамика голодных и ночных болей. Так, к концу 1-й недели лечения боли были купированы уже в 35,8% случаев, а через двухнедельный срок болевой синдром отсутство-

вал у 72,6% пациентов. Средние сроки купирования болевого синдрома в данной группе составили $8,2 \pm 0,4$ дня, тогда как во 2-й группе и контрольной группе средние сроки купирования болевого синдрома составили $9,4 \pm 0,2$ дня и $9,1 \pm 0,4$ дня соответственно.

Проявления диспептических нарушений в основной группе исчезли в процессе лечения в среднем за $7,0 \pm 0,9$ дня. Во 2-й и контрольной группах - за $7,8 \pm 0,6$ дня и $7,5 \pm 0,7$ дня соответственно.

У 82,2% больных основной группы к концу лечения исчезла пальпаторная болезненность, как в эпигастрии, так и в правом подреберье, тогда как во 2-й и контрольной группах отсутствие пальпаторной болезненности отмечено в 73,1 и 75,6% случаях соответственно.

При анализе сроков рубцевания язвы выявлено, что у больных основной группы язва рубцевалась в среднем за $22,1 \pm 1,1$ дня, а во 2-й и контрольной группах рубцевание язвы происходило за $24,6 \pm 1,2$ дня и $23,6 \pm 1,1$ дня соответственно.

Под влиянием проводимого лечения улучшение моторно-эвакуаторной функции отмечено у 42,0% больных основной группы, причем чаще отмечалась нормализация или уменьшение исходно-высокой двигательной активности желудка (43,5%). У пациентов 2-й группы отмечалась положительная динамика в 47,8% случаев. В контрольной группе - 48,3%.

Следовательно, у больных, получавших наряду с медикаментозным лечением ПеМП, отмечен более ранний и выраженный клинический эффект, чем у пациентов, находившихся только на медикаментозном лечении (контрольная группа) или при ее сочетании с ПМП (2-я группа).

Концентрация кортизола в сыворотке крови больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки определена в период обострения заболевания ($n=76$) и после рубцевания язвенного дефекта ($n=51$).

В период обострения язвенной болезни средняя концентрация кортизола в крови составила $153,7 \pm 21,6$ нг/мл. После рубцевания язвенного дефекта средняя концентрация кортизола в крови обследованных больных значительно снизилась.

Концентрация гастрина в сыворотке крови у больных язвенной болезнью в период обострения заболевания определена у 29 больных; в период рубцевания язвенного дефекта - у 19 пациентов. В период обострения язвенной болезни средняя концентрация гастрина составила $57,8 \pm 6,2$ нг/мл. После рубцевания язвенного дефекта средний уровень гастрина в крови больных основной группы существенно не изменился и составил в среднем $52,3 \pm 1,1$ нг/мл.

Концентрация инсулина в сыворотке крови определена в фазу обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у 21 пациента основной группы, а в период рубцевания язвенного дефекта - у 16 больных. В период обострения язвенной болезни средний уровень инсулина в крови составил $26,2 \pm 5,2$ мкЕд/мл. После рубцевания язвенного дефекта содержание инсулина в крови снизилось до $18,3 \pm 3,4$ мкЕд/мл.

При язвенной болезни у обследованных больных выявлена стойкая дезин-

теграция межгормональных взаимосвязей между некоторыми парами гормонов. В процессе рубцевания язвенного дефекта установлена тенденция к нормализации этих взаимоотношений, в первую очередь, между инсулином и гастритом.

Под влиянием ПМП и лекарственной терапии проявления активного гастрита в виде отека и гиперемии слизистой оболочки на момент рубцевания язвенного дефекта исчезли у 27,0% больных. При комбинированном использовании ПМП и медикаментозной терапии и в контроле элементы активного гастрита после лечения присутствовали только у 79,2% больных, в контроле - у 80,4% больных. Уменьшение выраженности дистрофических изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки отмечено после курсовой магнитотерапии у 20,2% больных основной группы. Во 2-й группе данные изменения отмечены у 17,4% пациентов. В контрольной группе подобная динамика была аналогична 2-й группе.

Непосредственные результаты лечения больных перед выпиской из стационара следующие: рубцевание язвенного дефекта с исчезновением субъективных проявлений заболевания наступило у значительно большего количества больных в основной группе, чем 2-й и контрольной группы ($p < 0,05$). Положительные результаты составили при магнитотерапии ПМП 83,2%. При использовании ПМП и лекарственной терапии они не превысили 71,0%, а в контрольной группе равнялись 75,5%.

В течение первых 2 лет после выписки больных из стационара нами прослежены отдаленные результаты проведенного лечения. Эндоскопическое исследование проводилось не реже 1-го раза в 3 месяца. При обследовании в основной группе больных выявлена полная эндоскопическая ремиссия в течение 2 лет у 33,3% пациентов. Во 2-й и контрольной группах этот результат ниже - 23,1 и 20,0% соответственно. Рецидив заболевания (появление язвенного дефекта слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки) через год после выписки из стационара в 1-й группе наблюдался у 23,5% больных, у больных 2-й и контрольной групп - в 53,8 и 35,0% случаев соответственно.

Следовательно, включение в комплекс лечения переменного магнитного поля у больных с трансплантированной почкой оказывает позитивное влияние на отдаленные результаты лечения, главным образом увеличение сроков ремиссии и урежение частоты рецидивов заболевания.

Состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных с хирургической патологией щитовидной железы

*Гольбрайх В.А., Бубликов А.Е., Кухтенко Ю.В., Пугачева Л.Л.,
Поддубная В.А., Веровская Л.Е.*

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов, лаборатория иммунологии НИИ фармакологии

В последние годы в структуре заболеваемости населения неуклонно растёт удельный вес эндокринных заболеваний, что отражается и на частоте поражения щитовидной железы. Это обстоятельство диктует необходимость изучения некоторых сторон этиологии и патогенеза зоба. Нарушение иммунного статуса организма играет важную роль в развитии и течении заболеваний щитовидной железы. Иммунные и аутоиммунные процессы сопутствуют эндемическому, и диффузно-токсическому зобу, тиреоидиту Хашимото, идеопатическому гипотиреозу и определяют их патогенез, выраженность и тяжесть изменений происходящих в щитовидной железе и организме. Кроме того, эти процессы не последнюю роль играют в развитии рецидива заболевания и послеоперационного гипотиреоза у детей и взрослых.

В настоящее время получено множество наблюдений, которые свидетельствуют о наличии нарушений как со стороны клеточного, так и со стороны гуморального иммунитета.

Они показали, что при заболеваниях щитовидной железы (ДТЗ, АИТ, идеопатический гипотериоз и др.) отмечается снижение общих Т-лимфоцитов, цитотоксических Т-клеток и повышение числа Т-хелперов, увеличения хелперно-супрессорного соотношения, однако в отдельных работах в оценке этих показателей встречаются и расхождения.

У больных с тиреоидной патологией в сыворотке крови определяются антитела к различным компонентам тканей щитовидной железы: к микросомальной фракции, к тиреоглобулину и рецепторам тиреотропного гормона. Изучено состояние системы HLA и значение факторов наследственности. Было выяснено, что у носителей антигенов В8, DR3 при наличии близких родственников с ДТЗ, имеется высокая вероятность возникновения данного заболевания, тяжёлое его течение, большая резистентность к терапии, частые рецидивы токсикоза.

На основании литературных данных выделены следующие причины аутоиммунных процессов при заболеваниях щитовидной железы:

1. Нарушение физиологической изоляции антигенов щитовидной железы, по отношению к которым в организме нет иммунологической толерантности. Образующиеся при этом аутоантитела обладают выраженной специфичностью.

2. Изменение антигенных свойств щитовидной железы в результате повреждения. Особенно часто в этом отношении обсуждается роль вирусов.

3. Приём препаратов йода, усиливающий дефект функции щитовидной железы (если такой имеется) связанный с органификацией йодида.

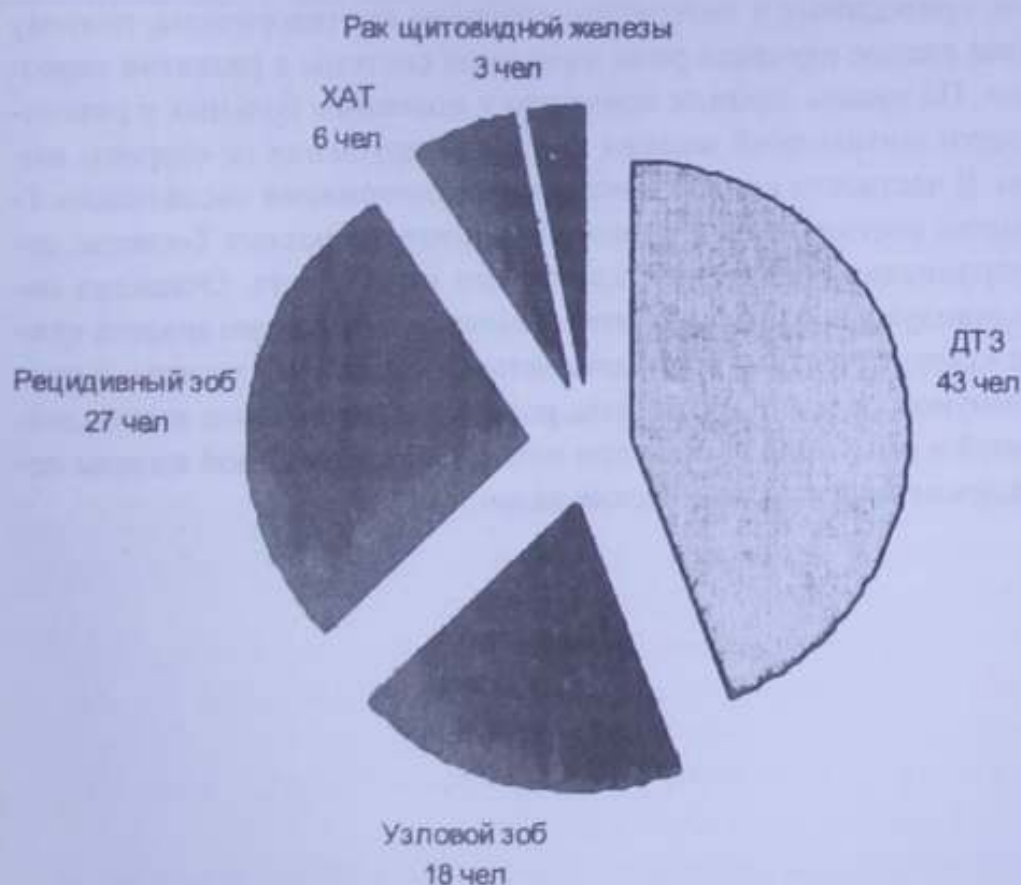
4. Генетическая предрасположенность (сюда в первую очередь относятся генетически обусловленные изменения в лимфоидной системе).

Целью нашей работы было изучение показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета у больных с патологией щитовидной железы. Исследования проводились на базе отделения хирургической эндокринологии ОКБ№1 г. Волгограда. Иммунный статус больных определяли в лаборатории иммунологии НИИ фармакологии при Волгоградской медицинской академии.

Обследовано 97 больных: ДТЗ – 43 человека; узловой нетоксический зоб – 18 человек; рак щитовидной железы – 3 человека. Хронический аутоиммунный тиреоидит – 6 человек и с послеоперационным рецидивом зоба – 27 человек (рис. 1).

Рисунок 1

Распределение больных с патологией щитовидной железы



Содержание Т-лимфоцитов (CD 3⁺), их субпопуляций Т-хелперов, Т-цитотоксических клеток (CD 4⁺, CD 8⁺) и В-лимфоцитов (CD 19) определяли с помощью моноклональных антител методом флюоресцентной микроскопии (ТОО "Сорбент" г. Москва). Определение титра антител и микросомальной фракции щитовидной железы (МФМ) проводили в сыворотке крови человека сэндвич методом твёрдофазного ИФА (набор юни-тест ИФА-АТ МФТ г. Москва). Определение содержания титра антител к тиреоглобулину проводили в сыворотке крови человека в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) с помощью эритроцитарного реагента "Аутотир" с (НПК "Препарат", г. Нижний-Новгород). Результаты обследования представлены в таблице.

При анализе каждого из показателей получены следующие данные: абсолютное содержание лимфоцитов изменилось у 54% больных, причем у 35,5% показатель был повышен, а у 17,5% их количество было ниже нормы. Содержание Т-лимфоцитов повышалось у 4,6% и снижалось у 33,9% больных. При этом содержание Т-хелперов понижалось – 31% больных и повышенным оказалось количество цитотоксических Т-клеток (35,5%) и В-лимфоцитов (22%). Индекс соотношения т-хелперов к цитотоксическим Т-клеткам снижался у 44% обследованных больных почти в 2 раза.

Исследования сыворотки больных на наличие антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции тиреоцита показало, что у 50% больных реакция давала положительный результат, определялись высокие титры антител, что согласуется с данными литературы.

Состояние иммунной системы при тиреоидной патологии изучено недостаточно, а данные, приводимые в литературе довольно противоречивы, поэтому необходимо более полное изучение роли иммунной системы в развитии тиреоидной патологии. По нашим данным примерно у половины больных с различными поражениями щитовидной железы имеются нарушения со стороны иммунной системы. В частности снижены показатели содержания числа общих Т-лимфоцитов, индекс соотношения Т-хелперов и цитотоксических Т-клеток, отмечается дискоординация показателей клеточного иммунитета. Очевидна необходимость индивидуального клинического и иммунологического анализа каждого больного с «хирургическими» заболеваниями щитовидной железы, и проведение у них иммунокоррекции. Возможно, раскрытие механизмов взаимодействия эндокринной и иммунной систем при патологии щитовидной железы позволит найти решение многих клинических задач.

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исследуемые популяции клеток СД-маркер	норма	показатель в норме		показатель повышен		показатель понижен		N _{итог}
		n ₁	Σ _{ср.1}	n ₂	Σ _{ср.2}	n ₃	Σ _{ср.3}	
Лимфоциты кл/мкл	1600- 2400	46 (46%)	1959 + - 322	34 (35,5%)	2913 + - 606	17 (17,5%)	1225 + - 340	97
Т-лимфоциты (СД-3) кл/мкл	1100- 2200	60 (61,5%)	1564 + - 248	4 (4,6%)	2758 + - 1622	33 (33,9%)	853 + - 182	97
Т-хелперы (СД-4) кл/мкл	500- 1200	62 (64,1%)	689 + - 109	5 (4,9%)	1444 + - 849	30 (31,0%)	340 + - 78	97
Цитотоксические Т-клетки (СД-8) кл/мкл	300- 600	52 (53,2%)	468 + - 82	34 (35,5%)	801 + - 170	11 (11,3%)	182 + - 70	97
Т-хелперы /цитотокси- ческие Т- клетки	1,2- 2,5	42 (43,8%)	1,6 + - 0,33	2 (2,2%)	2,8	43 (44,0%)	0,86 + - 0,15	97
В-лимфоциты (СД-19) кл/мкл	150- 600	59 (60,6%)	240 + - 56,6	21 (22%)	969 + - 685	17 (17,4%)	113 + - 26,5	97

Комплексная диагностика и лечение больных с узловыми поражениями щитовидной железы

*Гольбрайх В.А. Кухтенко Ю.В., Бубликов А.Е.
Волгоградская медицинская академия.*

По данным исследования эндокринологического научного центра РАМН, частота выявления зоба в средней полосе России составляет от 18 до 30%, причем в 3,0-9,4% случаев данная патология выявляется у детей. Наиболее частыми являются узловые новообразования. В связи с радиоактивным загрязнением окружающей среды, ухудшением экологической обстановки заметно выросла частота злокачественных опухолей, особенно среди молодых пациентов, увеличилось число больных аутоиммунным тиреоидитом.

Одним из наиболее актуальных вопросов клинической эндокринологии является дифференциальная диагностика доброкачественных образований щитовидной железы и ранних форм рака.

Наиболее полную информацию о клеточном составе опухоли, степени ее дифференцировки дает цитологическое исследование биоптата. В 79,2% случаев оно с уверенностью позволяет верифицировать рак щитовидной железы. Однако, более достоверную информацию можно получить с помощью тонко игольной аспирационной биопсии выполняемой под контролем УЗИ. Сочетание этих методов дает возможность получения и изучения морфологического материала непосредственно из измененного участка щитовидной железы. Это позволяет подтвердить или опровергнуть наличие злокачественного процесса, провести дифференциальную диагностику между АИТ и УЗ.

УЗИ щитовидной железы позволяет получить информацию о топографии, размерах и эхо структуре железы, дать оценку каждому из образований, оценить его размеры и локализацию. Немаловажной является информация при динамическом наблюдении за происходящими в ней процессами, как в до, так и послеоперационном периоде. Интраоперационное УЗИ позволяет более детально уточнить характер поражения щитовидной железы.

Полная информация о структуре морфологическом состоянии измененного участка ткани щитовидной железы, характере ее поражения позволяет выбрать оптимальный метод оперативного вмешательства.

В настоящее время, в нашей клинике мы отдаем предпочтение более радикальным методам. Классическая методика резекции щитовидной железы по Николаеву применяется при полной уверенности в доброкачественности процесса. В остальных случаях при подозрении или наличии злокачественного процесса применяются экстрасекциальные методики.

С целью избежания диагностических ошибок целесообразно проводить тре-

хитанный морфологический "контроль". Первый этап – дооперационная пункционная биопсия.

Второй этап – интраоперационное цитологическое исследование отпечатков удаленного препарата. Третий этап – плановое гистологическое исследование. Особое внимание заслуживает интраоперационное цитологическое исследование, т.к. у 3-5% больных, несмотря на проводимую им дооперационную цитологическую диагностику обнаруживаются злокачественные клетки. Это дает возможность выполнить более радикальное оперативное вмешательство и избежать в будущем возможных осложнений.

Альтернативой хирургическому лечению при узловом зобе является консервативная терапия, хотя бы на ограниченный срок. Ее целью является предотвращение роста узла или узлов. Показанием к началу консервативного лечения является диаметр узла от 1 до 3 см при отсутствии у больного факторов риска и клинических и цитологических признаков опухоли ЩЖ.

Выбор консервативного метода оправдан при наличии у больного коллоидного узлового не более 3 см в разной степени пролиферирующего зоба, т.к. пролиферация ткани ЩЖ находится под контролем ТТГ, ряда внутриклеточных факторов роста и концентрации йода в ткани железы. Назначение препарата тиреоидных гормонов по принципу обратной связи уменьшает или полностью блокирует секрецию ТТГ и тем самым дает антипролиферирующий эффект, блокируя как гипертрофию, так и гиперплазию клеток железы. Применяют комбинированные препараты, содержащие тироксин и физиологическое количество йода.

В последние 3-4 года стали появляться сообщения о возможности лечения доброкачественных кист, "холодных" солитарных узлов, автономных аденом щитовидной железы с использованием метода инъекций 96% этанола (после чрезкожной пункции и эвакуации содержимого, полость кисты наполовину заполняется этанолом, который через 1-2 мин. удаляется).

Цель нашей работы - разработка оптимального диагностически-лечебного комплекса у больных с узловыми поражениями щитовидной железы.

Задачи работы. 1. Изучить информативность различных методов диагностики при узловых образованиях щитовидной железы. 2. Определить на их основе объем оперативного вмешательства и необходимость амбулаторного наблюдения.

За последние 6 лет в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов находились на лечении 1512 человек с узловыми формами зоба. Среди пациентов в этой группе больных было 1330 (88%) женщин и 182 (12%) мужчины. Возраст больных составил от 16 до 75 лет. Доброкачественные образования выявлены у 1389 больных, что составило 90,8%, рак – 123 (8,2%) пациентов.

Данные по годам приведены в таблице №1.

Таблица №1

Год	кол-во б-ных	Ср.к/д	Оперированные			Не оперированные	
			кол-во	койко-день		кол-во	койко- день
				Средний	До опе- рации		
1994	386	17,6	372	17,5	3,8	22	11,3
1995	351	18,0	327	18,6	4,6	20	8,6
1996	441	16,9	417	17,5	5,1	29	8,7
1997	452	16,2	429	16,7	5,1	23	8,1
1998	469	14,5	433	15,0	4,3	27	6,1
Итого:	2099	16,64	1978	17,06	4,58	121	8,56

По характеру поражения щитовидной железы данные представлены в таблице №2.

Таблица №2

Характер заболевания	Года					Итого
	1994	1995	1996	1997	1998	
ДТЗ	97	65	92	107	74	435 (20,7%)
Узловые формы	251	234	278	291	335	1389 (66,2%)
Рак	15	20	30	27	31	123(5,85%)
Рецидив	15	28	29	17	15	104(4,95%)
Зоб Хошимото	8	3	5	9	13	38(1,8%)
Токсическая аденома	-	1	7	1	1	10(0,48%)
Итого:	386	351	441	452	469	2099

Из приведенной выше таблицы видно, что узловые формы зоба в количественном отношении занимают лидирующее положение и налицо ежегодное увеличение числа больных с этой патологией. Количество больных с раком щитовидной железы увеличилось с 3,8% до 8,2%.

Среди пациентов в этой группе больных было 1847 (88%) женщин и 252 (12%) мужчины. Возраст больных составил от 16 до 75 лет.

Проведена сравнительная оценка ультразвукового исследования, тонкоигольной пункционной биопсии, определения в крови T_3 , T_4 , ТТГ, а также физических (пальпаторных) данных.

Чувствительность УЗИ составила 61,4%, специфичность – 80,2%, чувствительность ТАБ – 73,6%, специфичность – 88,6%. При применении УЗИ и ТАБ и чувствительность и специфичность повышались (соответственно 80,5% и 89,8%).

Все больные оперированы. Основным методом операции, учитывая данные предоперационного обследования, была гемиструмэктомия или субтотальная резекция щитовидной железы в зависимости от распространенности узлов. У больных с раком щитовидной железы – тиреоидэктомия.

Выводы:

1. Из всех методов обследования больных с узловыми заболеваниями щитовидной железы УЗИ и ТАБ являются наиболее информативными.
2. Комплексное применение этих методик позволяет у большинства больных правильно установить характер поражения ЩЖ и выбрать адекватный объем оперативного вмешательства.
3. С целью улучшения диагностики и результатов оперативного лечения в обязательном порядке необходимо выполнение интраоперационного цитологического исследования.
4. Основным методом операции, в зависимости от распространенности узлов, должна быть гемиструмэктомия или субтотальная резекция щитовидной железы. У больных с раком щитовидной железы – тиреоидэктомия.

РАСШИРЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К СРОЧНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

*Быков А.В., Орешкин А.Ю., Колесников Н.О.
Кафедра хирургии ФУВ Волгоградской медицинской академии.*

Проблема лечения острого холецистита в настоящее время становится одной из самых важных, так как среди острых заболеваний органов брюшной полости острый холецистит уверенно выходит на первое место. Хотя этот вопрос на протяжении многих лет привлекает внимание хирургов и является предметом много-

численных обсуждений и дискуссий, по сей день продолжают существовать различия в тактических подходах к диагностике и лечению этой патологии.

Оглядываясь на исторические аспекты этой проблемы видно, что на протяжении последних 40-50 лет общие тактические подходы к лечению острого холецистита менялись от полного консерватизма до максимального радикализма. И в настоящее время еще не существует общепринятого алгоритма диагностики и лечения этого заболевания. Такие колебания во взглядах на тактику ведения больных с острым холециститом говорят о сложности проблемы, о пока еще неудовлетворительных результатах лечения этой патологии.

Наибольшие трудности вызывают случаи, так называемой, скрытой деструкции желчного пузыря, когда клинико-лабораторные данные говорят о благоприятном течении острого воспалительного процесса в желчном пузыре, в то время как деструктивный процесс прогрессирует. И, как отмечают многие авторы, оперируя больных после купирования болей, они сталкивались с тяжелыми изменениями, как в самом желчном пузыре, так и в окружающих его тканях. Так, по данным Веронского Г.И. и соавт. у 59% больных, несмотря на стихание острых воспалительных явлений и удовлетворительное состояние во время отсроченных операций обнаружили тяжелые деструктивные изменения в желчном пузыре. Следовательно, из-за выжидательной тактики упускается наиболее благоприятный момент для выполнения оперативных вмешательств, что имеет решающее значение для исхода лечения. Таким образом, в настоящее время актуальной задачей является своевременное распознавание скрытой деструкции желчного пузыря.

Такая задача решается с помощью тактического алгоритма, разработанного на кафедре хирургии ФУВ ВМА, который заключается в применении методики динамического УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны в обязательном порядке всем больным со стиханием приступа острого обтурационного холецистита. Оригинальность указанной тактики заключается в том, что для динамического сонографического наблюдения отбираются больные, у которых имеется клиническое стихание приступа острого обтурационного холецистита, а больные с прогрессирующим течением заболевания, неподдающегося консервативному лечению, оперируются.

В нашей клинике используется классификация острого холецистита, предложенная Королевым Б.А. и Пиковским Д.Л., цель которой состоит в максимально возможном объединении групп, сходных не только по клинической картине, но и по показаниям к хирургическому лечению. Согласно этой классификации выделяют следующие группы:

1. Острый простой холецистит.
2. Острый обтурационный холецистит.
3. Острый холецистопанкреатит.
4. Острый холецистит с желтухой.

В эхокартине острого холецистита целесообразно выделять три качественно различные группы симптомов: одна свидетельствует о нарушении оттока желчи из полости желчного пузыря, другая отражает степень деструкции стенки, последняя указывает на развитие экстравезикальных осложнений (таблица 1).

Сонографическая классификация эхосимптомов деструктивного холецистита
(по Е.Г. Лысмановой, 1998)

Синдром	Симптомы
Блокада желчного пузыря	1. Фиксированная в шеечно-протоковой зоне эхоплотная структура с акустической тенью. 2. Увеличенный продольный размер желчного пузыря до 100 и более мм. 3. Недеформированная пузырная полость.
Деструкция пузырной полости.	А. Прямые признаки 1. Утолщенная (равномерно, неравномерно) стенка до 4 и более мм. 2. Однородная и "разрыхленная" интрамуральная структура. 3. Измененный внешний контур органа местами или на всем протяжении. Б. Косвенные признаки 4. Повышенная интенсивность внутривезикулярной жидкости
Экстравезикальные осложнения	1. Неправильной формы без четких границ гиперэхогенная зона вокруг пузыря 2. Парапузырное эконегативное образование с неровным "расплывчатым" контуром или плотной капсулой

Согласно исследованиям, проведенным сотрудником кафедры хирургии ФУВ Лысмановой Е.Г., несовпадение между положительной динамикой в клинической картине заболевания и контрольным УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны выявляются уже через 3-5 дней с момента госпитализации. Самым важным моментом, который необходимо учитывать при повторной эхоскопии является раннее выявление сохраняющейся обтурации желчного пузыря. По этому для выбора сроков оперативного вмешательства мы опираемся не на динамику изменения клинических и лабораторных данных, а на направленность воспалительного процесса в желчном пузыре по результатам контрольных эхосканирований.

что позволяет значительно уменьшить число случаев проведения длительной консервативной терапии и запоздалого оперирования. Между тем, только у 37% больных расхождение между благоприятной динамикой заболевания по клиническим данным и отрицательными изменениями в эхокартине становятся очевидными уже при первом контрольном УЗИ, а у 63% - повторное эхосканирование практически ни чем не отличается от предыдущего, что диктует необходимость повторных исследований.

Вышеизложенный тактический алгоритм применяется нами с 1995 г., для оценки его эффективности проведен анализ 1294 случаев оперативного лечения больных по поводу острого холецистита, в различные сроки от момента госпитализации в стационар за период с 1989 по 1999 гг., данное исследование проводилось с применением статистических методов (составление вариационных рядов). Послеоперационная летальность при остром холецистите учитывалась по результатам годовых отчетов хирургического отделения.

В результате проведенного исследования получены данные, говорящие о том, что за последние пять лет прослеживается тенденция к снижению, так называемых, запоздалых операций (то есть отсроченных операций, во время которых были выявлены деструктивные формы острого холецистита) с 60 до 8,3%. Оценивая полученные показатели среднего возраста больных с исследуемой патологией мы пришли к выводу, что осложненные формы острого холецистита в группе отсроченных операций приходятся на возраст $56,21 \pm 1,37$ лет, а в группе срочных операций – $62,97 \pm 1,13$ лет, что несколько расходится со многими литературными данными, которые свидетельствуют, что осложненные формы острого холецистита чаще встречаются в группе больных пожилого и старческого возраста.

Что касается распределения больных в зависимости от пола, то среди вмешательств по поводу острого холецистита преобладают женщины (81,0%). Однако у мужчин со стихшим приступом острого обтурационного холецистита скрытые формы деструкции выявлены в 42,3% случаев, а у женщин этот показатель значительно ниже и составляет 27,2%.

В результате применения предложенной методики заметно снизилось число послеоперационных осложнений с 23,8 до 8,3%. Показатели послеоперационной летальности имеют тенденцию к стабилизации: 1993г. – 3,3%, 1995г. – 2,1%, 1996г. – 2,0%, 1997г. – 3,6%, 1998г. – 3,9%, 1999г. – 3,8%. Причиной некоторого увеличения послеоперационной летальности является, по видимому, то, что за последние годы возросла доля больных с осложненными формами острого холецистита.

Результаты проведенного исследования показывают преимущество и явную практическую ценность предложенного тактического алгоритма в диагностике и лечении острого холецистита, однако, его внедрение в повседневную деятельность хирургического отделения сталкивается с некоторыми препятствиями.

Как уже было сказано ранее, существует два ультразвуковых варианта развития деструкции стенки желчного пузыря. И если в первом случае (37%) нарастание воспалительных изменений в стенке органа становится очевидным уже

при первом контрольном УЗИ, то у 63% больных повторное исследование ничем не отличается от предыдущего, что диктует необходимость проведения дополнительных эхоосмотров. Поэтому в отношении почти 2/3 случаев в настоящее время еще четко не очерчены конкретные временные промежутки, по которым можно судить о динамике воспалительного процесса в желчном пузыре на основании динамического сонографического контроля. Таким образом, проблема диагностики и лечения скрытой формы деструктивного холецистита изучена не полностью и требует дальнейших исследований.

Однако уже сейчас в результате внедрения нового тактического алгоритма в практическую деятельность хирургического отделения клиники налицо улучшение непосредственных результатов лечения больных с острым холециститом. За анализируемый период заметно снизилось число, так называемых, запоздалых операций (с 60 до 8,3%), а также уменьшилось число послеоперационных осложнений с 23,8 до 8,3%, что, на наш взгляд, напрямую связано с применением нового тактического подхода к диагностике и лечению больных данной категории. Отсутствие тенденции к уменьшению показателей послеоперационной летальности, по нашему мнению, связано с тем, что в последние годы неуклонно возрастает число госпитализируемых больных с запущенной патологией желчевыводящих путей.

Согласно проведенным исследованиям на нашей кафедре за время с начала внедрения новой тактики удалось расширить показания к срочной холецистэктомии у 1/3 больных, что не привело к увеличению послеоперационной летальности и послеоперационных осложнений, а наоборот снизило эти показатели. Таким образом, дальнейшее улучшение результатов лечения больных с острым холециститом нами связывается с усовершенствованием методики выявления скрытой формы деструктивного холецистита и расширением показаний к срочной холецистэктомии у таких больных.